

## Procura rilasciare la cartella medica

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita: .....

Via/Luogo: .....

**autorizza**

il Centro svizzero per paraplegici Nottwil SA, Guido A. Zäch Strasse 1, 6207 Nottwil

**a**

rilasciare la cartella medica (in copia; l'originale rimane in possesso del Centro svizzero per paraplegici Nottwil SA)

**in relazione all'**

evento del (infortunio o malattia) .....

**all'attenzione di**

(istituzione, clinica, studio medico, ecc.) .....

....., li .....  
Luogo Data

.....  
Firma

La presente procura viene accordata unicamente in correlazione alla documentazione medica allestita in relazione all'evento sopra menzionato ed esclusivamente a scopo di inoltro all'istituzione sopra menzionata.