

## Solicitud historial médico

D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI \_\_\_\_\_, con residencia en \_\_\_\_\_ y número de teléfono \_\_\_\_\_, solicita a la MUTUA \_\_\_\_\_, copia de su Expediente/Historial Clínico nº \_\_\_\_\_ que obra en poder de ustedes para consultas de índole personal, amparándome en la Ley Orgánica de Protección de Datos (artículos 36 y 37 apdo. d).

Para lo cual firmo la presente solicitud en \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_.

Fdo.: