



Modulo per Delega alla richiesta / ritiro di copia della cartella clinica

Il/la sottoscritto/a

nato/a a () il

residente a via

telefono

In qualità di:

Intestatario della cartella clinica

Genitore esercente la patria potestà

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

DELEGA

A richiedere

A ritirare

Copia della cartella clinica del ricovero nel reparto di

mese anno

cognome nome

nato/a a il

residente a via

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti di legge.

Data

Firma del delegante (Allegare documento d'identità)

Firma del delegato (Allegare documento d'identità)