

**DELEGA ALLA RICHIESTA E/O RITIRO DI COPIA DI
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/La sottoscritto/a Cognome.....Nome.....

nato/a a(prov.....) il.....residente in.....(prov.....)

Via/Piazza.....n.....CAP.....tel.....

in qualità di: ☐ intestatario ☐ genitore esercente la patria potestà ☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore
di sostegno ☐ legale avente diritto ☐ erede legittimo /testamentario ☐ coniuge , unito civilmente o
convivente di fatto

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra Cognome.....Nome.....

nato/a a(prov.....) il.....residente in.....(prov.....)

Via/Piazza.....n.....CAP.....tel.....

A

☐ **RICHIEDERE**

☐ **RITIRARE**

☐ **cartella clinica** relativa al ricovero pressoreparto/i
servizio/i

di.....in data.....

☐ **referto/i** relativo/i all'/agli esame/i.....effettuato presso.....

..... reparto/i servizio/i di.....in data.....

☐ **CD** relativo/i all'/agli esami/e.....effettuato presso reparto/i servizio/i

di..... in data.....

☐ **altro**.....

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

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità del delegante e del delegato.

(luogo e data)

Il dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)