

All'Ufficio Cartelle Cliniche

SEDE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La Signor/ra \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

A richiedere e ritirare le fotocopie delle proprie cartelle cliniche, relative ai ricoveri:

	Reparto di degenza	dal	al
1			
2			
3			

Il delegato ha facoltà di provvedere a sottoscrivere la richiesta, a provvedere al pagamento dei diritti dovuti e al successivo ritiro delle cartelle cliniche richieste. Autorizzo il trattamento dei dati personali e del titolare della cartella clinica delegante secondo quanto previsto dal D. Lgs. N. 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma per la richiesta

\_\_\_\_\_

**N.B. Allegare fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità**