



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

Il/La sottoscritto/a, Cognome _____
(per le donne indicare il cognome da nubile)

Nome _____ nato/a a _____ (prov. _____)

il _____ residente in _____ (prov. _____)

Via/Strada/Piazza _____ n. _____

CAP _____ telefono n. _____

e-mail _____ cui desidero ricevere comunicazioni in merito alla richiesta

in qualità di: intestatario genitore erede altro _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra Cognome _____
(per le donne indicare il cognome da nubile)

Nome _____ nato/a a _____ (prov. _____)

il _____ residente in _____ (prov. _____)

Via _____ n. _____ CAP _____

telefono n. _____ e-mail _____

A **RICHIEDERE** **RITIRARE** copia di:

documentazione clinica/cartella clinica relativa al trattamento riabilitativo _____
presso il servizio 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 e siano oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Allegare copia di un documento di identità in corso di validità dell'avente diritto (intestatario, genitore/tutore/curatore/amministratore di sostegno, erede legittimo o testamentario) e del delegato.

(luogo e data)

Il dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)