

DELEGA AL RITIRO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Cap _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Tel.n. _____

IN QUALITÀ' DI:

- Genitore esercente la responsabilità genitoriale
- Tutore (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
- Curatore (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
- Amministratore di sostegno (allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice tutelare del Tribunale)
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi) allegare dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)
- Altro Delegato

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Prov. _____ Cap _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

a ritirare copia della Cartella Clinica relativa al ricovero effettuato nella u.o. _____

nel mese di _____ anno _____

Luogo e data: _____

Firma del delegante

(allegare copia documento d'identità)

Firma del delegato

(allegare copia documento d'identità)

Il sottoscritto, ai sensi del vigente Regolamento U.E. del 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati), acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi per gli usi consentiti dalla legge.

Firma del delegante
