

## 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

\_\_\_\_\_