

**RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA TRAMITE DELEGA**

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

Nato /a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel.n. \_\_\_\_\_

**IN QUALITA' 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)

**DELEGA**

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato /a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

a ritirare copia della Cartella Clinica relativa al ricovero nel reparto

di \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

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.

Firma del delegante \_\_\_\_\_

(allegare copia documento d'identità)

Firma del delegato \_\_\_\_\_

(allegare copia documento d'identità)

Luogo e data \_\_\_\_\_