

MODULO DELEGA

Cognome e Nome

Nato/a a il ____ / ____ / ____

Residente a (Prov. ____)

DELEGA

Il Sig./ra a

Nato/a a il ____ / ____ / ____

Residente a (Prov. ____)

☐ a richiedere

☐ a ritirare

**fotocopia della documentazione sanitaria relativa al ricovero ospedaliero
avvenuto nel periodo**

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

In fede.

.....
(firma del delegante)

Data ____ / ____ / ____

Allegare nel caso di: ☐ a richiedere

- modulo di richiesta copia cartella clinica
- copia del documento d'identità dell'intestatario della cartella clinica firmata e datata
- copia documento d'identità della persona delegata

Allegare nel caso di: ☐ a ritirare

- copia del documento d'identità dell'intestatario della cartella clinica firmata e datata
- copia documento d'identità della persona delegata

L'Operatore: