



MODULO DELEGA AL RITIRO DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

M.PO52.AN.FE.AP.M02

Intestataro documentazione sanitaria

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a..... il __ / __ / __
Residente..... Via..... n°.....
CAP..... Comune Prov..... Telefono.....

DELEGA

Il/La Sig/ra.....
nato/a..... il __ / __ / __

a RITIRARE

copia conforme della Documentazione Clinica (specificare il tipo di documento per il quale viene fatta la delega):
.....
relativa al ricovero effettuato dal sottoscritto presso l'INRCA dal __ / __ / __ al __ / __ / __

Il sottoscritto (intestataro della documentazione sanitaria) allega copia Documento di identità:

Carta Identità Patente Passaporto n°.....

In fede

Firma
(dell'intestataro della documentazione sanitaria)

N.B. Il delegato deve presentarsi munito di documento di identità valido