



**S.S.A. LIBERA PROFESSIONE E SERVIZI AL CITTADINO**

**DELEGA PER RICHIESTA/RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ doc. n. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

delega il/la sig./ra \_\_\_\_\_ doc. n. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

alla richiesta/ritiro della copia cartella clinica relativa ai ricoveri sottoindicati:

\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI LUNEDI' – VENERDI' DALLE 08:30 ALLE 12:30 AL NUMERO 0131.206620**

**N.B.: è necessario esibire il documento di riconoscimento sia del delegante sia del delegato**

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679, il/la sottoscritto/a:

sig./ra \_\_\_\_\_ doc. n. \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

di aver ricevuto copia della cartella clinica di cui sopra, in plico sigillato,

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_