



S.C. AREA PROCESSI AMMINISTRATIVI

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 _____