

DELEGA AL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

Telefono _____

in qualità 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*)

DELEGA

Il/la sig./ra _____

residente a _____ via _____

a ritirare la copia di cartella clinica del ricovero effettuato nel reparto di _____

Il sottoscritto ai sensi del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dai 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 di un documento d'identità

Firma del delegato _____

Allegare copia di un documento d'identità

_____, ____ / ____ / 20____
(luogo)

Il tempo di consegna della fotocopia di cartella clinica è di circa 30 gg. dalla data di presentazione della richiesta purché siano trascorsi almeno 15 gg. dalla dimissione.

Modalità di ritiro :

Ufficio cartelle cliniche: dal lunedì al Sabato, 7.30 – 12.30, presentando un documento di identità.

In caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario occorre presentare anche delega e documento di identità del delegante. La cartella clinica deve essere ritirata entro **30 gg.**