

Modulo per Delega

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

Telefono _____

in qualità di :

- Intestatario della cartella
 Genitore esercente la responsabilità genitoriale (che agisce in nome e per conto anche dell'altro genitore)
 Tutore
 Curatore
 Amministratore di sostegno
 Erede (che agisce in nome e per conto anche degli altri coeredi)

DELEGA

A richiedere

A ritirare

Copia della cartella clinica del ricovero nel Reparto di _____

Mese / Anno _____

Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei 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.

Data _____

Firma del delegante _____ (Allegare documento di identità)

Firma del delegato _____ (Allegare documento di identità)