

## STABILIMENTO OSPEDALIERO "OSPEDALI RIUNITI DELLA VALDICHIANA"

<b>Il/la sottoscritto/a</b> _____
<b>Nato/a</b> _____ <b>il</b> _____
<b>Residente a</b> _____ <b>via</b> _____
<b>Telefono</b> _____

**In qualità di:**

**intestatario della cartella**  
**genitore esercente la responsabilità genitoriale (che agisce in nome e per conto anche dell'altro genitore)**  
**Tutore/Curatore/Amm.re di sostegno**  
**Erede (che agisce in nome e per conto anche degli altri coeredi)**

### DELEGA

**Il/la sig/ra** \_\_\_\_\_ **nato/a a** \_\_\_\_\_

**Il** \_\_\_\_\_ **residente a** \_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_ **n** \_\_\_\_\_

**a richiedere**  
**a ritirare**

**copia della cartella clinica.**

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)