

## U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

UFFICIO CARTELLE CLINICHE – Tel. 0577.585827 Fax 0577.586232

### Modulo per Delega

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

in qualità di :

- Intestatario della cartella
- Genitore esercente la patria potestà
- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno
- Erede (che agisce in nome e per conto 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)