

MOD.DRO.84
“Modulo di Delega per richiesta / ritiro copie di documenti sanitari”

Il Sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il ____/____/____
Residente a _____
Via _____ nr. _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
_____ il ____/____/____ tel. _____

(consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art.76 e ai sensi dell'art.46 e 47 del D.P.R. n.445/2000)

IN QUALITA' DI

- Titolare maggiorenne della documentazione sanitaria richiesta
- Genitore esercente potestà genitoriale di _____
- Tutore/Curatore o Amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire _____
- Legale rappresentante, munito di idoneo mandato o procura del soggetto identificato _____
- Erede legittimo o testamentario di _____

DELEGA

A richiedere

A ritirare

Copia della:

- Cartella Clinica
- Referti P.S. / O.B.I.
- Riscontri diagnostici relativi ai seguenti accessi:
- Cartella ambulatoriale
- Altro

Reparto di _____ mese / anno _____
Reparto di _____ mese / anno _____
Reparto di _____ mese / anno _____

Il sig./la sig.ra _____
Nato/a a _____ il ____/____/____
Residente a _____
Via _____ nr. _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
_____ il ____/____/____ tel. _____

Data ____/____/____

Firma del delegante _____ (allegare documento identità)

Firma del delegato _____ (allegare documento identità)