

Delega al ritiro di copia della cartella clinica



DELEGA AL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

N° _____

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

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

N° _____

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

del mese _____ anno _____

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).

Data _____

Firma del delegante _____

Firma del delegato _____

- ALLEGARE COPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI ENTRAMBI DELEGANTE E

DELEGATO -