

	Delega per richiesta/ritiro copie di documenti sanitari	MOD-DG Rev. 00 Del 29/01/2016
	DIREZIONE GENERALE	

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

DELEGA

Il Sig/Sig.ra _____
nato/a _____ il _____

- ☐ **A richiedere**
☐ **A ritirare**

Copia della :

- ☐ **Cartella Clinica**
☐ **Altra documentazione sanitaria**

Il sottoscritto ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati anche con strumenti informatici o possano essere oggetto di comunicazione a terzi nell'ambito del procedimento per il quale la presente delega viene resa.

(luogo e data)

Il delegante

(firma leggibile)

Il delegato

(firma leggibile)

N.B.: Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

SPAZIO AD USO DELL'UFFICIO	
Il delegato viene identificato/a a mezzo del seguente documento:	
Tipo documento _____	
n. _____ rilasciato da _____ il _____	
_____ (luogo e data)	_____ (firma dell'impiegato addetto)