

**DELEGA ALLA RICHIESTA E/O RITIRO DI COPIA DI
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/La sottoscritto/a Cognome.....Nome.....
nato/a a(prov.....) il.....residente in.....(prov.....)
Via/Piazza.....n.....CAP.....tel.....

in qualità di: intestatario genitore esercente la patria potestà tutore curatore amministratore
di sostegno legale avente diritto erede legittimo /testamentario coniuge , unito civilmente o
convivente di fatto

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra Cognome.....Nome.....
nato/a a(prov.....) il.....residente in.....(prov)
Via/Piazza.....n.....CAP.....tel.....

A **RICHIEDERE** **RITIRARE**

cartella clinica relativa al ricovero pressoreparto/i
servizio/i

di.....in data.....

referto/i relativo/i all'/agli esame/i.....effettuato presso.....
..... reparto/i servizio/i di.....in data.....

CD relativo/i all'/agli esami/e.....effettuato presso reparto/i servizio/i
di..... in data.....

altro.....

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.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità del delegante e del delegato.

(luogo e data)

Il dichiarante _____(firma per esteso e
leggibile)



Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1
www.uslumbria1.gov.it