



## RITIRO REFERTI - DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (delegante)  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (delegato)

estremi del documento identificativo	Carta d'identità <input type="checkbox"/>	Patente <input type="checkbox"/>	Passaporto <input type="checkbox"/>
	n° _____ rilasciato da _____ il _____		

al ritiro dei seguenti atti/documentazione/referti di accertamenti riguardanti la propria persona, eseguiti/richiesti il giorno \_\_\_\_\_ presso l'ospedale /distretto di \_\_\_\_\_

- cartella clinica
- autorizzazione
- certificazione
- referto analisi cliniche
- referto radiologico
- verbale visita
- altro \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Firma del Delegante

Firma del Delegato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO: fotocopia del documento di identità del delegante.**

I dati saranno trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.