

**DELEGA PER RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**PRESENTARSI MUNITI DI:**

1. **DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DELEGATO** (incaricato al ritiro);
2. **FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DELEGANTE** (intestatario della documentazione clinica).

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ telefono \_\_\_\_/\_\_\_\_

**DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ telefono \_\_\_\_/\_\_\_\_

Documento di riconoscimento (incaricato al ritiro) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_

**Spazio riservato all'ufficio cartelle cliniche**

Verificato documento di identità del delegato \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'operatore \_\_\_\_\_