



## MODULO

Mod. 2.2.3  
Edizione 00 Rev. 00  
del 01/03/2023  
Pag. 1 di 1

### RICHIESTA E DELEGA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

#### Intestatarario della documentazione

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

#### DELEGA (compilare solo se si presenta un delegato allo sportello)

Il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_

#### A RICHIEDERE

CARTELLA CLINICA (reparto) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CD ESAMI RADIOLOGICI EFFETTUATI (specificare quali) \_\_\_\_\_

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

Ritiro allo sportello (attenzione per il ritiro serve specifica delega)

Spedizione all'indirizzo \_\_\_\_\_

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

Firma del delegante (intestatarario documentazione clinica) \_\_\_\_\_

La richiesta deve essere inviata per lettera o via fax al n. 041 4266115 con allegata copia del documento di identità del genitore. Per comunicazioni telefoniche chiamare il numero 041 426 5851

Il sottoscritto ai sensi del D.lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.