

**RITIRO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA TRAMITE DELEGA**

**Intestatario della documentazione**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel.n. \_\_\_\_\_

**IN QUANTO IMPOSSIBILITATO AL RITIRO DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:**

- Cartella clinica;**
- Referti di laboratorio;**
- Referti di Radiologia;**
- Scheda di Pronto Soccorso;**
- Altra documentazione sanitaria \_\_\_\_\_**

**CHIEDE**

**CHE VENGA CONSEGNATA ALLA PERSONA DELEGATA SIG./SIG.RA**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel.n. \_\_\_\_\_

**N.B. La persona delegata deve presentarsi con un suo documento di riconoscimento valido e la fotocopia di un documento di riconoscimento valida della persona intestataria della documentazione di cui sopra.**

**Con la presente delega il sottoscritto esonera l'azienda da qualsiasi responsabilità al riguardo.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_