



La delega al ritiro è valida solo se il delegante e il delegato sono persone adulte e non interdette.

La/Il sottoscritto/a _____
cognome nome

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ (____)

residente a _____ (____) in via _____ n. ____

Documento di Identità: _____ valido fino al: ____ / ____ / ____
tipo numero

Codice Fiscale _____
n.. di TEAM o di passaporto, per i pazienti stranieri non residenti

in quanto **GENITORE** **TUTORE** **AMM. di SOSTEGNO** **EREDE**

Autorizzato ad accedere ai dati sanitari

DELEGA

La/Il sottoscritto/a _____
cognome nome

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ (____)

residente a _____ (____) in via _____ n. ____

Documento di Identità: _____ telefono _____
tipo numero

A RITIRARE LA DOCUMENTAZIONE CLINICA DI

paziente: _____
cognome nome

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ (____)

Codice Fiscale _____
n. di TEAM o di passaporto, per i pazienti stranieri non residenti

per un episodio clinico avvenuto presso l'Ospedale di _____

N. pratica di cassa della documentazione da ritirare: _____ **del (anno)** _____

FIRMA DEL DELEGANTE

Data ____ / ____ / _____

ALLEGATO: copia fotostatica fronte retro del Documento di Identità valido del delegante, dichiarazione sostitutiva di atto notorio con cui il delegante autocertifica il proprio stato.

La persona delegata del certificato deve presentarsi al ritiro con l'atto di delega, la fotocopia di un documento di identità valido del delegante ed un proprio documento di identità valido.

La copia documentazione sanitaria potrà essere consegnata solo in presenza dei documenti sopra menzionati.

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 22_Delega_Ritiro_Documentazione_Clinica_rev01	29/01/2021	01	Pagina 1 di 1