



## DELEGA PER LA RICHIESTA e/o IL RITIRO DI COPIA CONFORME DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

documento d'identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tel. (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

### In caso di minore:

La sottoscritta signora \_\_\_\_\_  
nome e cognome della madre

Il sottoscritto signor \_\_\_\_\_  
nome e cognome del padre

Consapevole e nel rispetto di quanto espresso nell'informativa 00 - Inf DM 03 *Foglio informativo - Modalità di richiesta e ritiro di copia conforme di documentazione clinica*

### in qualità di:

- intestataro maggiorenne** della documentazione clinica
- genitore di minore** titolare la potestà genitoriale
- persona esercente la potestà genitoriale**
- tutore/curatore** di persona interdetta o inabilitata o di minore
- amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute**
- erede legittimo/erede testamentario**
- altro** \_\_\_\_\_

## DELEGO

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a richiedere COPIA CONFORME DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

a ritirare COPIA CONFORME DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

### intestata a:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Sesso  M  F

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_ Firma del delegato \_\_\_\_\_

**Nota:** il delegato dovrà presentarsi munito del proprio documento di identità e del documento di identità del titolare della documentazione sanitaria anche in fotocopia.