

Delega per il ritiro di documentazione sanitaria

ISTITUTO REGINA ELENA

ISTITUTO SAN GALLICANO

La/Il sottoscritta/o _____

Luogo di nascita _____ (____) Data nascita _____

Cod. Fiscale _____ Luogo di residenza _____ (____)

Indirizzo: _____ CAP _____ Telefono/i

nella sua qualità di:

Intestatario/o della documentazione clinica

Genitore del figlio minore

Tutore o curatore

Erede che agisce in nome e per conto degli altri eredi

Altro (specificare): _____

Premesso che in data _____ ha richiesto a codesta Direzione Sanitaria il rilascio di copia di

DOCUMENTAZIONE SANITARIA RELATIVA A:

Cognome e nome _____ Cod. Fisc. _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

DELEGA

Cognome e nome _____ Luogo di nascita

_____ (____) Data nascita _____

a ritirare per proprio conto la documentazione richiesta.

Roma, _____ FIRMA _____

Nota bene: se la presente delega è inviata via fax deve essere accompagnata da copia di valido documento d'identità (fronte/retro) firmata dalla persona che rilascia la delega stessa. Tali documenti saranno conservati unitamente alla richiesta.

N. matricola e firma dell'impiegato IFO che rilascia la documentazione _____