

DELEGA RICHIESTA e/o RITIRO CARTELLA CLINICA

Il /la sottoscritto / a _____ nato il _____

delega il Sig. / la Sig.ra _____ nato il _____

a richiedere **a ritirare**

la propria cartella clinica.

◆ In caso di **cartella da visionare via Web** chiedo che il terzo codice, necessario ad eseguire il download della documentazione, venga inviato al seguente n. telefonico: _____

◆ In caso si richieda una **cartella da spedire** chiedo che venga inviata al seguente indirizzo:

Via /P.zza _____ n° _____ Citta' _____

Prov. _____ Cap _____

(firma leggibile dell'intestatario)

(firma leggibile del delegato)

NB: Allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'intestatario e del delegato

Le cartelle cliniche da scaricare via Web o da spedire via posta potranno essere richieste solo dagli interessati e dalle persone espressamente delegate anche al ritiro.

Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

Roma, _____