

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov _____ il _____

residente a _____ Prov _____

in Via/Piazza _____ telefono _____

chiede il rilascio di:

Copia della cartella clinica riguardante il ricovero nell'U.O. _____

dal _____ al _____

(versamento anticipato di Euro _____ per le spese)

Referti delle seguenti indagini:

_____ eseguito il _____

_____ eseguito il _____

Da inviare al seguente indirizzo (se diverso dalla residenza) _____

Allega copia del proprio documento di riconoscimento _____

rilasciato da _____ il _____

Autorizza la raccolta dei dati ai sensi del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196

DELEGA

Il Sig. _____ nato a _____ il _____

ad effettuare in nome e per conto del sottoscritto:

la richiesta di ritiro

il ritiro della documentazione di cui sopra

Luogo e data _____ Firma del richiedente _____

CONSEGNA AL SOGGETTO DELEGATO

Il sottoscritto _____ dichiara di ricevere la documentazione di cui sopra essendo stato all'uopo delegato dall'interessato e si impegna a consegnare tale documentazione al medesimo nel rispetto della vigente normativa sulla privacy.

Documento di riconoscimento _____ N° _____

rilasciato da _____ il _____

Piedimonte Matese, _____

Firma del delegato _____ Firma dell'addetto _____