

## MODULO DELEGA PER RICHIESTA E/O RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_

Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### DELEGA

PER  RICHIESTA

RITIRO

della documentazione sanitaria di cui al modulo di richiesta presentato in data \_\_\_\_\_

il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Si allegano i documenti del richiedente e del delegato:

#### RICHIEDENTE

TIPO E N. DOCUMENTO \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

#### DELEGATO

TIPO E N. DOCUMENTO \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DELEGATO \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personale che saranno trattati ai sensi della normativa vigente in materia e della regolamentazione ATS al riguardo, al fine della presente.

**\*PER RICHIESTA E RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA PARTE DI TERZI E' INDISPENSABILE LA DELEGA FIRMATA IN ORIGINALE DA PARTE DEL TITOLARE DELLA STESSA DA PRESENTARE UNITAMENTE ALLA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO.  
UFFICI CARTELLE CLINICHE: IGLESIAS P.O. C.T.O. TEL. 07813922710 - CARBONIA P.O. SIRAI - TEL. 07816683373**