

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