

PRESIDIO OSPEDALIERO SAN MARTINO

MODULO PER DELEGA

Il/La Sottoscritt _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Indirizzo _____ n. _____ Citta' _____

CAP _____ Prov. _____ Tel./Cell. _____

Email _____

In qualità di

- Genitore esercente la patria potestà
- Tutore *
- Curatore *
- Amministratore di sostegno *
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

DELEGA

➤ A RICHIEDERE

➤ A RITIRARE

Copia Cartella clinica del ricovero nel Reparto _____

Periodo di Ricovero _____

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Indirizzo _____ n. _____ Citta' _____

CAP _____ Prov. _____ Tel./Cell. _____

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 101/2018(codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

DATA _____ FIRMA DELEGANTE _____ (Allegare documento di identità)

DATA _____ FIRMA DELEGTO _____ (Allegare documento di identità)