ASLLanusei

Presidio Ospedaliero
Nostra Signora della Mercede

Ufficio Cartelle Cliniche

DELEGA

AL RITIRO DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, COGNOME .....

NOME.....NATO/ A IL.....

A .....(PROV.....)

RESIDENTE IN .....(PROV.....)

VIA .....N°..... C.A.P. .....

TEL.....

ALLEGA DOCUMENTO D'IDENTITA' : .....

In qualità di intestatario della documentazione sanitaria:

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra, COGNOME .....

NOME.....NATO/ A IL.....

A .....(PROV.....)

RESIDENTE IN .....(PROV.....)

VIA .....N°..... C.A.P. .....

A ritirare copia di:

☐ CARTELLA CLINICA

☐ ALTRO (referti, pellicole radiografiche, verbale di pronto soccorso, etc.)

Il sottoscritto ai sensi del d. lgs 196/2003 (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.

Lì..... Il dichiarante.....

A cura dell'operatore addetto all'ufficio cartelle cliniche

Presa visione del documento d'identità

☐ PAT. N° .....

☐ CARTA d'ID. N°.....

☐ ALTRI .....

Per qualsiasi informazione contattare il ☎ **0782/490304** dalle ore **10.30** alle **12.30**,
tutti i giorni, sabato e festivi **esclusi**