

 POLICLINICO ITALIA	Mod.72A.17	Rev.1	28.06.2018
	DELEGA PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA		

Con la presente, io sottoscritto/a

* Cognome Nome

nato/a a il..... e residente

a in via..... n.

documento di riconoscimento n.

rilasciato da il scadenza il

DELEGO

** Cognome Nome

nato/a a il..... e residente

a in via..... n.

documento di riconoscimento n.

rilasciato da il scadenza il

a ritirare per mio conto la **DOCUMENTAZIONE SANITARIA**, da me richiesta, relativa al mio ricovero nella Vostra Casa di Cura del.....

Data Firma.....

** Allegare documento identità e verificare che il delegante abbia già firmato all'atto del ricovero l'Informativa e autorizzazione al trattamento dei dati.*

*** Allegare documento identità e fare firmare al delegato l'Informativa e autorizzazione al trattamento dei dati Mod.72A.40.*

 POLICLINICO ITALIA	Mod.72A.17	Rev.1	28.06.2018
	DELEGA PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA		

Con la presente, io sottoscritto/a

* Cognome Nome

nato/a a il..... e residente

a in via..... n.

documento di riconoscimento n.

rilasciato da il scadenza il

DELEGO

** Cognome Nome

nato/a a il..... e residente

a in via..... n.

documento di riconoscimento n.

rilasciato da il scadenza il

a ritirare per mio conto la **DOCUMENTAZIONE SANITARIA**, da me richiesta, relativa al mio ricovero nella Vostra Casa di Cura del.....

Data Firma.....

** Allegare documento identità e verificare che il delegante abbia già firmato all'atto del ricovero l'Informativa e autorizzazione al trattamento dei dati.*

*** Allegare documento identità e fare firmare al delegato l'Informativa e autorizzazione al trattamento dei dati Mod.72A.40.*