

MODULO PER DELEGA

Il/la Sottoscritto/a _____
nato/a a _____
il _____ residente a _____
via _____, codice fiscale _____

in qualità di :

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

D E L E G A

- ☐ A richiedere
- ☐ A ritirare

copia della cartella clinica del ricovero presso l'I.P.A.B. "La Pieve" di Montecchio
Maggiore.

Il sig./La Sig.ra

Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____

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.

Data _____

Firma del delegante _____ (Allegare documento di identità)

Firma del delegato _____ (Allegare documento di identità)