



**DELEGA ALLA RICHIESTA/RITIRO  
COPIA CARTELLA CLINICA  
e/o  
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**PRO 2  
Mod.03  
Rev.0/2014**

Pag. 1 di pag. 1

Milano \_\_\_\_\_

Con la presente lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

**Documento di identità n.** \_\_\_\_\_ rilasciato da: \_\_\_\_\_ di cui allego copia (fronte e retro), consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N° 445.

**DELEGO**

Il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Documento di identità n.** \_\_\_\_\_ rilasciato da: \_\_\_\_\_ di cui allego copia (fronte e retro), consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N° 445.

A:

**RICHIEDERE**

**RITIRARE**

la fotocopia della cartella clinica e/o Documentazione Sanitaria relativa alla prestazione eseguita presso la Casa di Cura Igea S.p.a., con esonero di responsabilità.

Firma del paziente

Firma del delegato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTA:** Il sottoscritto ai sensi del D .Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge