

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... Prov..... il.....  
residente a ..... Prov..... Via .....n.....  
Cap.....Telefono.....

Ricoverato/a nel reparto di .....dal.....al.....

**in qualità di :**

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

**DELEGA**

Il/la Sig./Sig.ra .....  
nato/a a ..... Prov..... il.....  
residente a ..... Prov..... Via .....n.....  
Cap.....Telefono.....

a richiedere il rilascio della copia della cartella clinica secondo le seguenti modalità

- pro-manibus (a mano)
- per posta al seguente indirizzo: .....

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.

Data .....

Firma del delegante.....(allegare copia valido documento d'identità)  
Firma del delegato.....(allegare copia valido documento d'identità)