



DELEGA

Io sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente in _____

Cap (_____) Via _____

In qualità di :

Interessato

Genitore esercente la patria potestà su minore

Tutore giudiziario

DELEGO

Il Sig./ra _____ nato a _____

il _____ residente in _____

Cap(_____) Via _____

Documento della persona ritirante _____

Al ritiro della cartella clinica richiesta.

Il delegante

N.B. Portare copia della carta d'identità del paziente o del suo legale rappresentante