

**DELEGA PER IL RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La sig/sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**AL RITIRO**

della seguente documentazione

- duplicato CARTELLA CLINICA
- referto .....
- altro (specificare) .....

Dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13 D. Lgs 196/2003).

data .....

*Firma del delegante*  
.....

**N.B. La persona delegata deve presentare:**

- originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante
- documento di riconoscimento del delegato