

ATTO DI DELEGA

il _____

Al Dirigente Medico dello S.O. di Putignano

Il sottoscritt ** _____

nato a _____

il _____

residente a _____

in Via _____

n° _____

DELEGA

Il Sig. ** _____

nato a _____

il _____ residente a _____

via _____

al ritiro della fotocopia della Cartella Clinica e/o Relazione di P.Soccorso. Presa visione lastre RX.

in data _____ reparto _____

in data _____ reparto _____

Il sottoscritto, inoltre, ai sensi della Legge 196/03 è s.m.i., autorizza il trattamento dei suoi dati personali esclusivamente per le finalità di cui alla presente richiesta.

IL PAZIENTE DELEGANTE.

Data _____ Firma per ricevuta del DELEGATO _____

***N. B. Allegare fotocopie documenti di riconoscimento del delegante e del delegato.*

Tel. Archivio Cartelle Cliniche: 080 5840811