



MODULO PER DELEGA

Sottoscritt _____

nat a _____ il _____

residente a _____ via _____

Telefono _____ [em@il](#) _____

in qualità di:

D E L E G A

copia della cartella clinica del ricovero nel Reparto _____

Mese / Anno _____

Cognome _____ Nome _____

nat a _____ il _____

residente a _____ via _____

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a 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 documento di identità)

Firma del delegato _____ (Allegare documento di identità)