

Direzione Medica di Presidio - Ufficio Cartelle Cliniche

MODULO PER AUTOCERTIFICAZIONE E/O DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ via _____

consapevole delle responsabilità che assume

AUTOCERTIFICA DI TROVARSI, NEI CONFRONTI DEL TITOLARE DELLA/E CARTELLA/E CLINICA/HE RICHIESTA/E, NELLA SEGUENTE CONDIZIONE :

- genitore esercente la potestà genitoriale*
- tutore (allega il relativo provvedimento di nomina)*
- erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)*
- altro* _____

DELEGA*:

- a richiedere*
- a ritirare*
- a richiedere e ritirare*

copia della/e cartella/e clinica/he elencata/e nel modello allegato il/la Signor/a:

nome _____ cognome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ via _____

Il/la sottoscritto/a, ai sensi della vigente normativa 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 dichiarante/delegante _____ (allegato documento di identità)

Firma del delegato _____ (allegato documento di identità)

***barrare le caselle che interessano**