

<p><i>Dichiarazione di DELEGA al ritiro di documentazione sanitaria</i></p>	 <p><i>Istituto Dermopatico dell'Immacolata IRCCS</i></p>	<p><i>Versione 1 Pag.10 di 11</i></p>
--	--	---

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____

Nato/a il ___/___/___ a _____

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ N. _____

Documento di identità _____ N _____

Rilasciato da _____ in data _____

DELEGA

Il/La Sig./ra _____

Nato/a il ___/___/___ a _____

Residente in _____

Via _____

Documento di identità
tipo _____ N _____

Rilasciato da _____ in data _____

AL RITIRO DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

__ copia conforme cartella clinica ricovero Day Hospital/ Day Surgery effettuato in data ___/___/___

__ copia conforme di cartella clinica relativa al ricovero ordinario dal _____ al _____

presso il l'unità operativa di _____

__ copia conforme cartella clinica ambulatoriale effettuato in data ___/___/___

Data ___/___/___ **FIRMA** _____

N.B. : ALL'ATTO DEL RITIRO IL DELEGATO DOVRÀ OBBLIGATORIAMENTE PRESENTARE UN PROPRIO DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO E FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ VALIDO DEL DELEGANTE

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato

Cognome e Nome _____ Firma _____