

DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Spett. Direzione Sanitaria dello
Stabilimento Ospedaliero/Distretto Socio Sanitario
Di

Il sottoscritto/a, nato/a a.....
il..... e residente in alla via
..... n. telefono
identificato con documento di riconoscimento n.
emesso da allegato in copia alla presente,

DELEGA

Il signor nato a
..... il
_____ alla richiesta
_____ al ritiro

della (cartella clinica) (documentazione clinica) relativa all'episodio di :

Ricovero nel reparto di _____ dal _____ al _____

Ricovero nel reparto di _____ dal _____ al _____

Ricovero nel reparto di _____ dal _____ al _____

Day hospital/Day surgery _____ del _____

Day hospital/Day surgery _____ del _____

Day hospital/Day surgery _____ del _____

Prestazione di Pronto Soccorso del _____

Prestazione di Pronto Soccorso del _____

Prestazione di Radiologia _____ del _____

Prestazione di Anatomia Patologia _____ del _____

Esonerando l'ASL BR da ogni responsabilità civile e penale per la divulgazione di notizie di
carattere sanitario e personale.

Data _____

Firma _____