



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CONSORZIALE POLICLINICO
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
UFFICIO CARTELLE CLINICHE

DELEGA RICHIESTA DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ e residente
in _____
Via _____ n. _____

DELEGA

il/ la Sig./Sig.a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ e residente
in _____
Via _____ n. _____ a
richiedere e ritirare copia conforme all'originale di tutta la documentazione inerente le
prestazioni sanitarie a cui il/la sottoscritto/a è stato/a sottoposto/a presso l'Azienda
Ospedaliera Ospedale Consorziale Policlinico di Bari.

Allega fotocopia del proprio documento di riconoscimento.

FIRMA DEL DELEGANTE

Bari ____ / ____ / ____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGATO

N.B. Anche il Delegato è tenuto ad esibire allo sportello Ufficio Cartelle Cliniche il proprio documento di riconoscimento