

	DELEGA ALLA RICHIESTA/RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA/ DOCUMENTAZIONE SANITARIA CONTENUTA e/o DUPLICATO PRESTAZIONI AMBULATORIALI	PRO 2 Mod.03 Rev.2/2023
		Pag. 1 di pag. 1

Milano _____

Con la presente lo sottoscritto/a _____

Nata/o a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Via/P.zza _____

Documento di identità n. _____ **rilasciato da:** _____ di cui allego copia (fronte e retro), consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N° 445.

DELEGO

Il sig./la sig.ra _____

Nata/o a _____ il ____/____/____

Documento di identità n. _____ **rilasciato da:** _____ di cui allego copia (fronte e retro), consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N° 445.

A:

RICHIEDERE

RITIRARE

fotocopia della cartella clinica e/o Documentazione Sanitaria contenuta

Oppure a:

RITIRARE

duplicato della prestazione ambulatoriale richiesta

Esonerando la Casa di Cura Igea S.p.a., da ogni responsabilità.

Firma del delegante

Firma del delegato

Il trattamento dei dati è conforme alle disposizioni contenute ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e D.lgs. 10/08/2018 n.101

Mod.03/ PRO2/Delega alla Richiesta/ritiro copia CC Documentazione sanitaria contenuta e/o duplicato prestazioni ambulatoriali/ Rev.2/ Ottobre 2023