



**DELEGA ALLA RICHIESTA/RITIRO
COPIA CARTELLA CLINICA
e/o
DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**PRO 2
Mod.03
Rev.1/2020**

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

la fotocopia della cartella clinica e/o Documentazione Sanitaria relativa alla prestazione eseguita presso la Casa di Cura Igea S.p.a., con esonero di responsabilità.

Firma del paziente

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