

DELEGA PER RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

I sottoscritt _____
 nat il ____/____/____ a _____
 residente in _____ Prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 Documento di identità (tipo) _____ n. _____
 Rilasciato da _____ in data ____/____/____

DELEGA AL RITIRO della seguente documentazione sanitaria:

- () Copia della cartella clinica relativa al ricovero dal ____/____/____ al ____/____/____
- () Copia del verbale di accesso al Pronto Soccorso/OBI in data ____/____/____
- () Documentazione relativa al pre ricovero eseguito il ____/____/____
- () Referto di analisi di laboratorio/indagini diagnostiche/visita specialistica effettuate il ____/____/____

I signor _____
 nat il ____/____/____ a _____
 residente in _____ Prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 Documento di identità (tipo) _____ n. _____
 Rilasciato da _____ in data ____/____/____

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false o uso/esibizione di documenti falsi o dati non corrispondenti al vero.

Genova. ____/____/____ Firma leggibile del delegante _____
Firma leggibile del delegato _____

IMPORTANTE

All'atto del ritiro della documentazione, il delegato dovrà obbligatoriamente presentare un proprio documento di identità valido e un documento di identità valido del delegante (anche in copia).

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati dall'Ente Ospedaliero, titolare del trattamento, solo per eseguire la sua richiesta nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy (D.lgs. 196/2003)

Riservato all'Ospedale Galliera

E' stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato.

Genova. ____/____/____ L'addetto _____