

Mod. B

AL DIRIGENTE MEDICO OSPEDALIERO

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
documento di identità n° _____

DELEGO

il/la Sig./Sig.ra _____
nat a _____ il _____
residente a _____

a richiedere e ritirare in mia vece:

copia della cartella clinica relativa al ricovero avvenuto:

1. dal _____ al _____ presso la SC/SSD/SS _____
2. dal _____ al _____ presso la SC/SSD/SS _____
3. dal _____ al _____ presso la SC/SSD/SS _____

copia del referto di pronto Soccorso del giorno _____

copia degli esami diagnostici di _____ del giorno _____

altro _____

esonero nel contempo questa Amministrazione da qualunque responsabilità connessa al rilascio della predetta documentazione.

allego copia del mio documento di identità.

_ luogo e data

firma per esteso