



UFFICIO ACCETTAZIONE CARTELLE CLINICHE

Tel. 0963962338 email : accettazionevibo@aspvv.it

Modulo per Delega alla richiesta / ritiro di copia della cartella clinica

Il/la sottoscritto/a

nato/a a () il

residente a via

telefono

Consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000. In caso di dichiarazioni mendaci,

In qualità di:

- Intestatario della cartella clinica
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Genitore esercente la patria potestà
- Curatore
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)

DELEGA

Copia della cartella clinica del ricovero nel reparto di

mese anno

cognome nome

nato/a a il

residente a via

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti di legge.

Data

Firma del delegante (Allegare documento d'identità)

Firma del delegato(Allegare documento d'identità)