

Delega per il Ritiro di Documentazione Sanitaria

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE VIBO VALENTIA
Ospedale "G. Jazzolino" di Vibo Valentia

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____, Prov. (____), il ____/____/____
residente in Via/P.zza _____, n. ____
Città/Comune di _____, Prov. (____), telefono _____

in qualità di:

- ☐ Intestatario della documentazione sanitaria richiesta
☐ Genitore titolare di Responsabilità Genitoriale
☐ Tutore Legale / Curatore / Amm.re di Sostegno (*allegare Decreto Giudice Tutelare*)
☐ Familiare Legittimato dal diritto riconosciuto (ex. art. 536 C.C.): _____
☐ Altro (specificare): _____

DELEGA

Il/la sig./sig.ra _____
Nato/a a _____, Prov. (____), il ____/____/____
residente in Via/P.zza _____, n. ____
Città/Comune di _____, Prov. (____), telefono _____
Documento di riconoscimento _____, n. _____,
rilasciato da _____, in data ____/____/____

al ritiro della seguente documentazione sanitaria, per la quale è stato effettuato il pagamento dei diritti amministrativi previsti:

- ☐ Certificato di Ricovero;
☐ copia di Cartella Clinica;
☐ copia della Scheda di Accesso al Pronto Soccorso Ospedaliero;
☐ CD-ROM indagini di Diagnostica per Immagini: ☐ Rx ☐ Rmn ☐ TAC;

Si allega fotocopia del proprio documento di identità, in corso di validità.

Ai sensi D.Lgs 196/2003 e s.m.i., si esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali per gli adempimenti amministrativi e di legge.

Data ____/____/____

Il Delegante

----- Spazio riservato all'Ufficio Accettazione -----

Data consegna

Operatore

Firma Delegato

____/____/____

(per avvenuta consegna)