**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)

**D E L E G A**

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)