

DELEGA PER RITIRO DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ALL'AZIENDA AUSL DI PIACENZA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

Nato/a a _____ **il** _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

Nato/a a _____ **il** _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

Nato/a a _____ **il** _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

Nato/a a _____ **il** _____

DELEGANO CON LA PRESENTE

IL SIG./SIG.RA _____, **NATO A** _____

IL _____ **A RICHIEDERE** **E O** **A RITIRARE**

IN LORO VECE

- COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**
- COPIA REFERTO PS**
- COPIA DIARIO ORTOPEDICO**
- COPIA CARTELLINO D'INTERVENTO DEL 118**

RELATIVO AL RICOVERO/ACCESSO PRESSO OSPEDALE DI _____ **U.O. DI**

_____ **IN DATA** _____ **DEL DECEDUTO SIG./RA** _____

NATO/A IL _____ **SOLLEVANDO L'AZIENDA USL DI PIACENZA DA OGNI EVENTUALE**
RESPONSABILITA'.

_____, lì _____ **FIRME DEI DELEGANTI** 1) _____

2) _____ 3) _____ 4) _____

Estremi dei documenti dei deleganti da allegare comunque in fotocopia fronte e retro:

1) **DOC.** _____ **N.** _____ **del** _____

Rilasciato da _____

2) **DOC.** _____ **N.** _____ **del** _____

Rilasciato da _____

3) **DOC.** _____ **N.** _____ **del** _____

Rilasciato da _____

4) **DOC.** _____ **N.** _____ **del** _____

Rilasciato da _____

