MOD . 5 C. C. DELEGA

DELEGA PER RICHIESTA/RITIRO DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ALL'AZIENDA AUSL DI PIACENZA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A____

Nato/a a ______________________________________ **il** ____________________

DELEGA CON LA PRESENTE

IL SIG./SIG.RA _____________________________, **NATO A** __________________________

IL ____________________

☐ **A RICHIEDERE** **E O** ☐ **A RITIRARE**

IN SUA VECE

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

RELATIVO AL RICOVERO/ACCESSO AVVENUTO PRESSO L'OSPEDALE DI ____________________

IN DATA__________________ **U.O. DI** ____________________

IN DATA__________________ **U.O. DI** ____________________

IN DATA__________________ **U.O. DI** ____________________

SOLLEVANDO L'AZIENDA USL DI PIACENZA DA OGNI EVENTUALE RESPONSABILITA'.

_______________, lì_____________ **FIRMA DEL DELEGANTE** ____________________

(INTESTATARIO DELLA CARTELLA)

^^

Documento del delegante

DOC.________________________**N.**______________________ **del** ______________________

Rilasciato da ____

ATTENZIONE:

PORTARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DELL'INTESTATARIO DELLA CARTELLA CLINICA E DOCUMENTO DEL DELEGATO.
IN CASO CONTRARIO NON POTRA' ESSERE CONSEGNATA LA DOCUMENTAZIONE