

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Carta D'Identità \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
rilasciata da \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

Copia cartella clinica n° \_\_\_\_\_ con data \_\_\_\_\_  
per uso \_\_\_\_\_

**DELEGO**

al ritiro della copia conforme della cartella clinica

il/la Signor/ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(grado di parentela) \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Carta D'Identità \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
rilasciata da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Firma del delegato

\_\_\_\_\_

N.B. : il rilascio di quanto richiesto da parte dell'ufficio, può avvenire solo ed esclusivamente se, all'atto del ritiro, la persona delegata esibisce il documento di riconoscimento i cui estremi sono riportati nel presente atto di delega.

Fattura n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma per ritiro

\_\_\_\_\_