



Casa di Cura  
Villa Aurora

PROCEDURA OPERATIVA  
**CARTELLA CLINICA**  
COMPILAZIONE – REVISIONE – CHIUSURA –  
CONSERVAZIONE - RILASCIO

**All. 3 – Modulo delega ritiro cartella clinica**

POCAR

Rev 3 del 06/05/2019

Spett.le  
Direzione sanitaria  
Casa di Cura Villa Aurora  
**Fax 0742-358686**

### DELEGA RITIRO CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
in qualità di:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Intestatario della cartella</i> | <input type="checkbox"/> <i>Delegato</i>                   | <input type="checkbox"/> <i>Genitore esercente patria potestà</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Tutore</i>                      | <input type="checkbox"/> <i>Amministratore di sostegno</i> | <input type="checkbox"/> <i>Medico di base</i>                    |
| <input type="checkbox"/> <i>Perito d'Ufficio</i>            |  |   |

esonero la Casa di Cura da qualsiasi responsabilità ai sensi del D.Lgs. n.196 del 30/06/2003  
"Codice in materia di protezione dei dati personali"

### DELEGA

Il/la Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

al ritiro della cartella clinica intestata a \_\_\_\_\_  
relativa al ricovero in codesta Casa di Cura dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_

Firma del delegato \_\_\_\_\_

**Si allega copia dei documenti di identità del delegante e del delegato**