



Casa di Cura
VILLA AURORA S.p.A.

MODULO
DELEGA RITIRO CARTELLA CLINICA



MODULO DELEGA
Edizione 1 rev.2 del 15.07.2017

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



Casa di Cura
VILLA AURORA S.p.A.

MODULO
DELEGA RITIRO CARTELLA CLINICA



MODULO DELEGA
Edizione 1 rev.2 del 15.07.2017