

DELEGA PER IL RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il / la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ residente a
_____ (____) via _____

DELEGA

per il ritiro di:

- copia di cartella clinica
 altro.....

il sig. _____

nato/a a _____ il _____ residente
a _____ (____) via _____.

**Ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196 il trattamento dei dati
suddetti potrà essere effettuato solamente per il procedimento cui si
riferisce la presente dichiarazione.**

Reggio Calabria

Estremi documento del delegante

Firma delegante

Estremi documento del delegato

Firma delegato