

Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori Sanitari Associati



DIREZIONE SANITARIA

MR-33-04-02

MODULO DELEGA RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Emissione

REV 00

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ___/___/___

Codice Fiscale _____

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il ___/___/___

Codice Fiscale _____

a presentare richiesta, ricevere e ritirare copia della documentazione sanitaria relativa alla mia persona.

Il delegato è autorizzato a compiere tutti gli adempimenti necessari connessi alla presente richiesta.

Si allegano:

- Copia documento di identità del delegante
- Copia documento di identità del delegato

Luogo e data _____

Firma del Delegante _____

Firma del Delegato _____