



Modulo per Delega alla richiesta / ritiro di copia della cartella Clinica

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Telefono _____ email _____

In qualità di:

Intestatario della cartella clinica

Genitore esercente la patria potestà

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

Erede (che agisce in nome di altri coeredi)

DELEGA

A richiedere

A ritirare

Copia della cartella clinica del ricovero nel reparto di _____

Mese _____ Anno _____

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti di legge.

Data _____

Firma del delegante _____ (Allegare documento d'identità)

Firma del delegato _____ (Allegare documento d'identità)

AZIENDA USL FROSINONE

Cod.IBAN

IT 18 A 02008 14804 000400002537

UNICREDIT SPA

INDIRIZZO EMAIL

archivioclinico.hfr@aslfrosinone.it