

Presentarsi allo sportello muniti di documento d'identità

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il ___ \ ___ \ ___ a _____ Prov. (_____)

Residente a _____ Via _____ Prov. (_____)

Documento di riconoscimento _____ N° _____

Ai sensi della vigente normativa e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero

DELEGA

Il Sig/la Sig.ra _____

Nato/a ___ \ ___ \ ___ a _____ Prov. (_____)

Residente a _____ Prov. (_____) Via _____

Documento di riconoscimento _____ N° _____

La Spett. Assicurazione _____

Referente Assicurazione Sig. _____

Via _____ n. _____ Comune _____ Prov _____ Tel _____

Alla **RICHIESTA**

Al **RITIRO**

- Cartella clinica
- Documentazione sanitaria

Relativamente all'episodio di:

- ricovero nel Reparto di _____ dal _____ al _____
- ricovero nel Reparto di _____ dal _____ al _____
- prestazione ambulatoriale di _____ del _____
- prestazione ambulatoriale di _____ del _____

Data ___ \ ___ \ ___

Firma _____