

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

CAP _____ Provincia _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

CAP _____ Provincia _____

alla richiesta di Cartella Clinica / Documentazione Sanitaria.

Il delegante

(luogo e data)

NB: Alla presente si allega fotocopia del documento di identità del delegante.