

**!!IN CASO DI DELEGA E' OBBLIGATORIO IL DOCUMENTO DEL TITOLARE E DEL DELEGATO!!**

Autorizzo la persona, munita del presente tagliando da me sottoscritto, al ritiro dei referti degli esami cui mi sono sottoposto, sollevando OSPEDALE SAN RAFFAELE S.R.L da qualsiasi responsabilità.

**NOME PAZIENTE:** \_\_\_\_\_ **COGNOME PAZIENTE:** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA PAZIENTE:** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del titolare \_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_

Firma del delegato \_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_

**DELEGA DA COMPILARE per GENITORE di MINORE/TUTORE/EREDE**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione per il ritiro della documentazione clinica (art. 46 D.P.R 28/12/2000 N. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Estremi del documento identificativo      Carta d'identità [ ]    Patente [ ]    Passaporto [ ]

N° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**Dichiara di essere**

Il genitore del minore [ ]      Il tutore/curatore [ ]      Erede del deceduto [ ]

Del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di ritirare la documentazione clinica relativa alla prestazione ambulatoriale

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Autorizzo la persona munita del presente tagliando da me sottoscritto, al ritiro delle copie degli esami, sollevando OSPEDALE SAN RAFFAELE S.R.L da qualsiasi responsabilità.

Firma del Genitore/Tutore/Erede \_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_

Firma del Delegato \_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_

I dati saranno trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003.