



Direzione Medica di Presidio
Ufficio cartelle cliniche.

Modello di **delega autenticata** per richieste e rilascio copie cartelle cliniche

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

identificato/a con documento _____ n° _____

rilasciato il _____,

esprimendo il proprio consenso al trattamento dei dati personali secondo la Legge

675/96 successivamente decreto legislativo 196/2003

DELEGA

Il/la sig. _____

nella qualità di _____

a richiedere e ritirare la copia della propria cartella clinica esonerando

l'Amministrazione da ogni responsabilità penale e civile per la divulgazione di

notizie di carattere sanitario e personale.

Foggia lì, _____

Il Delegante
