

RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA TRAMITE DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (____)

residente a _____ (____) Tel. _____

via _____ num. civico _____

documento d'identità num. _____

AVANZA RICHIESTA

DELEGA

Il/la sig./ra _____

nato/a il _____ a _____ (____)

residente a _____ (____) via _____

_____ num. civico _____

documento d'identità num. _____

PER OTTENERE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA:

- Referti (visite, esami strumentali, di laboratorio) eseguiti presso:
- Certificazioni:
- Altro: _____

presso il centro Medicus di Via Delle Scienze 100, Udine.

(Attenzione: la persona autorizzata deve presentarsi con un suo documento di riconoscimento valido e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona titolare della documentazione).

Con la presente delega il sottoscritto libera l'azienda da qualsiasi responsabilità al riguardo

Nota: Si garantisce che i dati contenuti in questo documento avranno trattamento in conformità a quanto prescrivono la legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima.

Udine, li _____

Firma _____