

SIG/RA .....

CARTELLA N° : ..... DIMISSIONE DEL : ...../...../.....

Per il ritiro della cartella: **30 gg.** (telefonare prima)

Gentile cliente,  
in ottemperanza a quanto previsto dal D. lgs 196/03 sulla “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”. La informiamo che:

- ❖ La copia della cartella clinica può essere ritirata dal diretto interessato dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 19.00 presso la segreteria piano terra al “A”.
- ❖ **E' possibile autorizzare altra persona al ritiro della copia cartella clinica, mediante delega scritta, accompagnata da copia od originale di un documento di riconoscimento del delegante.**

Per il ritiro della copia cartella clinica si delega il sig. \_\_\_\_\_

Firma del DELEGANTE: \_\_\_\_\_

N.B. : da esibire obbligatoriamente al momento del ritiro.