regione campania
aslnapoli3sud

MODULO DELEGA

Il sottoscritto Nome e Cognome_____ **Nato/a**_____

Il_____ **Residente in**_____ **Via**_____

N._____ **Cap**_____ **Prov**_____ **Documento di Riconoscimento**_____

Rilasciato da_____ **Il**_____ **Scdenza**_____

N. di Telefono_____

In qualità di:

☐ **Paziente** ☐ **Erede Legittimo** (stato di famiglia e assenso di tutti gli eredi) ☐ **Genitore di figlio minore**

DELEGA

Al ritiro della documentazione richiesta il/la Sig./Sig.ra_____

Cognome_____ **Nome**_____ **Nato/a**_____ **il**_____

Residente_____ **Via**_____ **N**____ **Cap**_____ **Prov**____

Data_____ (Allegare fotocopia di identità fronte retro in corso di validità del delegato e del delegante)

PER IL RILASCIO DI

☐ **CARTELLA CLINICA** relativa al ricovero avvenuto in data_____ Reparto di_____

☐ **CERTIFICATO DI RICOVERO** avvenuto in data_____ Reparto di_____

☐ **CERTIFICATO di P.S** accesso avvenuto in data_____

☐ **ALTRO**_____

_____

Del Sig: Cognome_____ **Nome**_____ **Nato/a**_____

Il_____ **con richiesta effettuata presso gli uffici Archivio/Cup il giorno**_____

Firma del Delegato_____ **Firma del Delegante**_____

Consapevole delle responsabilità previste dai Tart.76 D.P.R 445/2000.in caso di dichiarazioni mendaci