

MODELLO DI DELEGA PER RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Luogo: _____ Data: _____

Il /La Sottoscritto/a: _____

Nato/a: _____ il: _____

Residente a: _____ Via: _____

DELEGA

Il Signor/a: _____

Nato/a: _____ il: _____

a richiedere e ritirare copia autentica della propria cartella clinica, relativa ai ricoveri:

	Degenza nel Reparto	Dal	Al
1			
2			
3			
4			
5			

E' consapevole

che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n°445 del 28/12/2000.

E' a conoscenza

che i suoi dati personali saranno trattati esclusivamente ai fini del presente procedimento.

Firma del Delegante:

**AL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE ALLEGATA
LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE**