

Spett.le UFFICIO CARTELLE CLINICHE
A.O.U. Policlinico-“G. Rodolico – San Marco”

- P.O. “Gaspare Rodolico”
- P.O. “S.Marco”

ATTO DI DELEGA PER RICHIESTA/RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____

documento identità _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

in qualità di avente diritto

DELEGA

Il/La sig./sig.ra _____

documento identità _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

alla richiesta della documentazione clinica

al ritiro della documentazione clinica

Il delegante

Catania, _____

Il sottoscritto autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del R.E. 2016/679, l'amministrazione dell'AOU Policlinico "G. Rodolico – San Marco" di Catania al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente, per le finalità espresse.

Il delegante

Catania, _____

Allegare copia del documento di identità del delegante e del soggetto delegato