



ALL. 1

MODULO DI DELEGA

Il sottoscritto (intestatario della documentazione clinica)

Cognome

Nome

D e l e g a

Il Sig./sig.ra (delegato):

Nome _____ Cognome _____ in qualità di _____

Nato a _____ Prov. ___ il ___/___/___ Codice Fiscale _____

Residente in _____ Via: _____ n. Telefono: _____

Alla richiesta ed al ritiro di:

Copia FASAS _____

Documentazione clinica(1) _____

Esami strumentali _____

Altro _____

(1)specificare documento richiesto

Firma del delegante _____ (allegare copia del documento di identità)

Firma del delegato _____ (esibire documento di identità)

Il sottoscritto/a è a conoscenza che il trattamento dei dati è disciplinato ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.i.m.

Mantova _____