



Regione Veneto
Azienda U.L.S.S. n. 19 nel Polesine

Comuni di: **Adria** **Pettorazza**
Ariano **Grimani**
Corbola **Porto Tolle**
Loreo **Porto Viro**
Papozze **Rosolina**
 Taglio di Po

RICHIESTA DI DELEGA *

Il sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n° _____

D E L E G A

Il Signor/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n° _____

***A ritirare copia della cartella clinica del ricovero
avvenuto presso questo Ospedale***

FIRMA DEL DELEGANTE _____

*** Tale richiesta deve essere esibita con copia del documento di identità del delegante e con originale o copia del documento di identità del delegato**