



REGIONE DEL VENETO  
AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA  
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA  
SERVIZIO CARTELLE E MICROFILM

**MODULO DI DELEGA PER RITIRO DOCUMENTAZIONE CLINICA**

**PRESENTARSI MUNITI DI:**

- 1) **DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL DELEGATO**  
( incaricato al ritiro)
- 2) **FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL DELEGANTE**  
( intestatario della documentazione clinica)

IL / LA SOTTOSCRITTO/A.....  
NATO /A IL.....A.....PROV.....  
RESIDENTE A.....PROV.....  
VIA.....N.....TEL.....

**DELEGA**

**AI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA:**

IL / LA SOTTOSCRITTO/A.....  
NATO /A IL.....A.....PROV.....  
RESIDENTE A.....PROV.....  
VIA.....N.....TEL.....

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO .....  
( incaricato al ritiro )

DATA ...../...../.....

FIRMA DEL DELEGANTE  
( INTESTARIO DOCUMENTAZIONE CLINICA)

.....

Spazio riservato all'Ufficio Cartelle Cliniche

VERIFICATO DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DELEGATO .....

DATA ...../...../.....

FIRMA DELL'OPERATORE

.....