

**Modulo di Delega
per richiesta Documentazione Sanitaria**

Porto Viro, li

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Prov. _____, C.A.P. _____

via _____, recapito telefonico _____

identificato/a tramite il documento allegato,

PREMESSO CHE

è stato/a ricoverata dal _____ al _____ nel Reparto _____

oppure _____

(in Pronto Soccorso / Ricoverato in OBI / sottoposto ad esame di specificare)

presso la Casa di Cura Madonna della Salute S.r.l. di Porto Viro (RO) il giorno _____

_____, tramite il presente atto

DELEGA

il/la sig./ra _____, nato/a il _____,

a richiedere copia della documentazione.

In fede

(firma leggibile)