

MODULO DELEGA**RISERVATO ALL'UTENTE****IO SOTTOSCRITTO**

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

Al presente modulo, compilato e firmato, allegare copia fronte/retro controfirmata di un documento valido di identità del richiedente.

DELEGO

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

N° DOCUMENTO D'IDENTITÀ'

☐ A RICHIEDERE☐ A RITIRARE**COPIA CONFORME DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA**☐ CARTELLA CLINICA DI RICOVERO degenza ordinaria, day hospital, MAC☐ VERBALE PRONTO SOCCORSO (se non seguito da ricovero in struttura)☐ CD-ROM imaging CORONAROGRAFIA (eseguita durante ricovero)☐ CD-ROM imaging TAC, RMN, RX (eseguita durante ricovero)

Ricovero eseguito in onere:

☐ SSN☐ SOLVENZA

Data di accesso ____/____/____ Data di dimissione ____/____/____

Reparto _____ Sede _____

Informazioni importanti:Al momento del ritiro il delegato dovrà essere in possesso di un documento d'identità valido.

DATA

FIRMA