

Spett.le Direzione Sanitaria
Casa di Cura Villa Margherita

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a il

residente a via

chiede copia della cartella clinica del ricovero del

delega il/la Sig.

nato a il

a ritirare copia della cartella clinica

esame EEG

esame EMG

esame Potenziali Evocati

altro.....

La delega, come sopra conferita, esime la Casa di cura Villa Margherita da ogni e qualsiasi responsabilità derivante dalla circolazione dei dati, anche anagrafici, contenuti nella documentazione consegnata.

Si allega copia dei documenti d'identità del delegante e del delegato.

Data

Firma del delegante

Firma del delegato

Nota: i referti verranno consegnati al delegato munito di:
- modulo di delega debitamente compilato
- documento personale di riconoscimento in corso di validità
- documento di riconoscimento del delegante in corso di validità (originale o copia)