

	<b>FOGLIO INFORMATIVO</b>	Rev.0 del 3.2.23	1 di 1
PO Sesto San Giovanni	<b>DELEGA PER IL RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	DMP-SSG-FI-003 Rif. ASSTNM-PO-020	

Io sottoscritto  Cognome  Nome

Nato a  Il

Residente a  In via

Documento di identità (tipo e numero)

## Delego

Io sig.  Cognome  Nome

Documento di identità (tipo e numero *da esibire*)

Al ritiro di copia della cartella clinica relativa al ricovero del

Presso il reparto di

Al ritiro della copia di verbale di pronto soccorso del

Al ritiro di altra documentazione sanitaria

Data

Firma

**Allegare fotocopia del documento di riconoscimento della persona delegante**