

Lavagna
Rapallo
Sestri Levante

Tel. 0185 329637
Tel. 0185 683530
Tel. 0185 329144

urp.lavagna@asl4.liguria.it
accoglienza.ra@asl4.liguria.it
accoglienza.sestri@asl4.liguria.it

Il/La sottoscritto/a _____ (delegante)
Nato a _____ il _____
Residente a _____ in _____
Tel. _____ Cell. _____

In qualità di intestatario della Cartella Clinica

DELEGA Il/la Sig./ra _____ (delegato)

AL RITIRO/RICHIESTA DEI DOCUMENTI RELATIVI A:

- COPIE CARTELLE CLINICHE DUPLICATI LASTRE RADIOLOGICHE COPIE
 DUPLICATI RISONANZA MAGNETICA -TAC SU CD MAMMOGRAFIE ALTRI ESAMI

Documento d'Identità (Carta D'Identità-Patente-Passaporto)

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL DELEGANTE

NUMERO _____

Rilasciato da _____ Scadenza _____

Documento d'Identità (Carta D'Identità-Patente-Passaporto)

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL DELEGATO

(portare documento in visione)

NUMERO _____

Rilasciato da _____ Scadenza _____

Consapevole delle pene comminate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti alla realtà, sotto la mia personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Data _____

FIRMA DEL DELEGANTE

FIRMA DEL DELEGATO
