

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                    |                          |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|
|  Fondazione IRCCS<br>San Gerardo dei Tintori<br><br> Sistema Socio Sanitario<br>Regione Lombardia | <b>Delega al ritiro,<br/>da parte di terzi diversi dai<br/>genitori, di documentazione<br/>sanitaria di minore</b> | Rev. 1 del<br>30/05/2025 | Pag.<br>1/1 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                    | A0703_P14_P01_M03        |             |

La Sottoscritta signora \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 Il Sottoscritto signor \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 genitori di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

### Delegano

il sig. \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 al ritiro della seguente documentazione sanitaria:  
 - cartella clinica relativa al ricovero:  
   ○ reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
   ○ reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
   ○ reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 - lastre radiografiche effettuate il \_\_\_\_\_  
 - altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_  
 Firma madre \_\_\_\_\_  
 Firma padre \_\_\_\_\_

**N.B.: Il delegato deve presentarsi munito del proprio documento di identità e dei documenti d'identità di entrambi i genitori, anche in fotocopia.**

---

Parte riservata all'Ufficio Archivio Clinico

Documento d'identità del delegato

Tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ scad. \_\_\_\_\_