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._____