



**STAMPATELLO E BARRARE CON X L'OPZIONE O
OPZIONI SCELTE**

Il/La sottoscritto/a.....**CF**.....
nato/a il .../.../... residente a via c.a.p.
..... tel.

DELEGA

la/il sig.ra/sig.
nata/o a il.....
CF residente avia
..... c.a.p. tel.

a richiedere copia della propria documentazione sanitaria a codesta struttura

e/o

a ritirare la copia della propria documentazione sanitaria nei seguenti modi:

- ritiro presso il Centro Servizi del NIC
- al domicilio del paziente**, SPEDITA IN CONTRASSEGNO gravata delle spese POSTALI
- per e-mail, al seguente indirizzo

Allega:

1. documento di riconoscimento (completo di foto), del delegante (originale o copia);
2. documento di riconoscimento (completo di foto), del delegato.

Data Firma del delegante (*leggibile*).....