

Az. Osp. – Univ. Pisana	<b>MODULO DI RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: DELEGA</b>	<b>T04/PA09</b> Rev. 04 del 28 04 2023 Pag. 1 di 1
-------------------------	---	---

## DELEGA AL RITIRO DELLA PROPRIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

**Da compilare a cura del titolare:**

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità previste dall'art.76 D.P.R.445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci:

**SCRIVERE IN STAMPATELLO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in qualità di **titolare della documentazione** sanitaria richiesta a codesta Azienda. Ospedaliera Universitaria Pisana

### DELEGA

Il/la Sig. \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Doc. Identità n. \_\_\_\_\_ valido fino al \_\_\_\_\_

Al **ritiro** della seguente documentazione sanitaria:

- Copia Esame Radiologico su supporto informatico (CD)       Copia referto autoptico  
 Copia prestazione di Pronto Soccorso       Copia cartella clinica

DATA \_\_/\_\_/\_\_\_\_

FIRMA TITOLARE \_\_\_\_\_

FIRMA DELEGATO \_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia del documento di identità del delegato e del titolare**