



RESA DAL CONIUGE O DA UN PARENTE IN CASO DI IMPEDIMENTO TEMPORANEO DELL'INTERESSATO
La delega al ritiro è valida solo se il delegante è adulto e ha il diritto di accedere alla documentazione clinica da ritirare.

La/Il sottoscritto/a _____
cognome nome

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ (____)

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, come previsto dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e dall'art. 483 del Codice Penale ed altresì della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

consapevole, inoltre, che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA DI ESSERE STATO DELEGATO DA

Sig.ra/Sig. _____
cognome nome

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ (____)

residente a _____ (____) in via _____ n. ____

Documento di Identità: _____ valido fino al: ____ / ____ / ____
tipo numero

quale GENITORE EREDE TUTORE AMM. di SOSTEGNO
Autorizzato ad accedere ai dati sanitari

A RITIRARE LA DOCUMENTAZIONE CLINICA DI

Paziente: _____
cognome nome

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ (____)

Codice Fiscale _____
n. di TEAM o di passaporto, per i pazienti stranieri non residenti

Per un episodio clinico avvenuto presso l'Ospedale di _____

N. pratica di cassa della documentazione da ritirare: _____ del (anno) _____

FIRMA DEL DICHIARANTE

Data ____ / ____ / ____

Firma leggibile del dichiarante

ALLEGATO: copia fotostatica fronte retro del Documento di Identità valido del dichiarante e del delegante e dichiarazione sostitutiva di atto notorio in cui il delegante autocertifica il suo stato (erede, genitore, tutore, amministratore di sostegno).

QUESTA DICHIARAZIONE, RESA DI PERSONA, **VA CONVALIDATA DAL FUNZIONARIO CHE LA RICEVE** (facciata 2 di questo modulo)
Il ritiro può avvenire solo dietro presentazione dell'atto di delega, della fotocopia di un documento di identità valido del delegante, di un proprio documento di identità valido e della dichiarazione sostitutiva di atto notorio del delegante.

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 24_Delega_Ritiro_Documentazione_Clinica_caso particolare 3_rev01	29/01/2021	01	Pagina 1 di 2

**CONVALIDA DELLA DICHIARAZIONE DI ESSERE STATO DELEGATO**

(resa dal coniuge o da un parente ai sensi dell'art. 4, comma 2, D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Oltre al coniuge è accettato un parente adulto fino al terzo grado, in linea diretta o collaterale
(genitori, figli, nonni e bisnonni, nipoti e pronipoti da nonno, fratelli, sorelle, zii, nipoti da zio)La/Il Sig.ra/Sig. _____
cognome nome

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ (____)

residente in via _____ n. _____

a _____ (____) _____
C.A.P. Comune NazioneDocumento Identità: _____ Valido fino al: ____ / ____ / ____
tipo numero**consapevole** delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, come previsto dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e dall'art.483 del Codice Penale ed altresì della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera**consapevole**, inoltre, che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.**HA DICHIARATO DINNANZI A ME DI ESSERE** **CONIUGE** **PARENTE** _____
grado di parenteladella/del Sig.ra/Sig. _____
cognome nome

nata/o il ____ / ____ / ____ a _____ (____)

**il quale si trova in una situazione di impedimento temporaneo,
per ragioni connesse allo stato di salute, a presentare questa dichiarazione.****IL FUNZIONARIO ADDETTO, accertata l'identità del dichiarante, accetta la dichiarazione di delega
da lui resa ai sensi dell'art. 4, comma 2, del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.**

Data ____ / ____ / ____

FIRMATOIl funzionario
che riceve la dichiarazione_____
Matricola_____
Cognome e Nome (in stampatello)_____
Firma

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 24_Delega_Ritiro_Documentazione_Clinica_caso particolare 3_rev01	29/01/2021	01	Pagina 2 di 2