



**La delega al ritiro è valida solo se il delegante e il delegato sono persone adulte e non interdette.**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
cognome nome

nata/o il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Documento di Identità: \_\_\_\_\_ valido fino al: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
tipo numero

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

*n.. di TEAM o di passaporto, per i pazienti stranieri non residenti*

## DELEGA

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
cognome nome

nata/o il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Documento di Identità: \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
tipo numero

## A RITIRARE LA DOCUMENTAZIONE CLINICA A LEI/LUI INTESATA

per un episodio clinico avvenuto presso l'Ospedale di: \_\_\_\_\_

**N. pratica di cassa della documentazione da ritirare:** \_\_\_\_\_ **del (anno)** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL DELEGANTE**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**ALLEGATO: copia fotostatica fronte retro del Documento di Identità valido del delegante, dichiarazione sostitutiva di atto notorio con cui il delegante autocertifica il proprio stato.**

*La persona delegata del certificato deve presentarsi al ritiro con l'atto di delega, la fotocopia di un documento di identità valido del delegante ed un proprio documento di identità valido.*

*La copia della documentazione sanitaria potrà essere consegnata solo in presenza dei documenti sopra menzionati.*

FAX: 039 6654 629 – indirizzo E-MAIL: [ufficio.protocollo@asst-brianza.it](mailto:ufficio.protocollo@asst-brianza.it)

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 21_Delega_Ritiro_Documentazione_Clinica_Paziente_rev01	29/01/2021	01	Pagina 1 di 1