

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

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

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

## 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 DICHIARANTE

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

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile del dichiarante

**ALLEGATO: copia fotostatica fronte retro del Documento di Identità valido del dichiarante e della persona, titolare della documentazione clinica da ritirare, che lo ha delegato.**

QUESTA DICHIARAZIONE, RESA DI PERSONA, **VA CONVALIDATA DAL FUNZIONARIO CHE LA RICEVE** (facciata 2 di questo modulo)

*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.*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 23_Delega_Ritiro_Documentazione_Clinica_caso particolare 2_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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMATO***Il funzionario  
che riceve la dichiarazione*\_\_\_\_\_  
Matricola\_\_\_\_\_  
Cognome e nome (in stampatello)\_\_\_\_\_  
Firma

**Questa dichiarazione NON può essere accettata se la persona sostituita è minorenni o interdetta.**

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 23_Delega_Ritiro_Documentazione_Clinica_caso particolare 2_rev01	29/01/2021	01	Pagina 2 di 2