

Ufficio Cartelle cliniche Tel. 0185213416 Email: [cartellecliniche-iclas@gvmnet.it](mailto:cartellecliniche-iclas@gvmnet.it)

Il/la sottoscritta/a \_\_\_\_\_ (delegante)  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Doc. Identità N. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**In qualità di intestatario della Cartella Clinica**

**DELEGA** il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ (delegato)

**ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL DELEGANTE**

Documento d'identità numero \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Consapevole delle pene comminate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti alla realtà, sotto la mia personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R.445/2000.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DELEGANTE

FIRMA DEL DELGATO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_