Il/la sottoscritto/a………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

nato/a a……………………………………………………………………..(………………) il……………/……………./………………………………………………………………

residente …………………………………………………………..Codice fiscale……………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
|  (ovvero in caso di minori o di persone non autosufficienti)Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………………………………………nato/a a……………………………………………………………………..(………………) il…………/……………./…………………residente …………………………………………………………..Codice fiscale…………………………………………………….In nome e per conto del minore……………………………………………………………………………………………………..In nome e per conto del Sig./Sig.ra………………………………………………………………………………………………..In qualità di esercente la potestà genitoriale /la tutela/la curatela/l’amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta. |

Estremi del documento di identità……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 **DELEGA** (barrare la voce che interessa)

Ο Permanentemente, fino a revoca

Ο Per questa unica volta: data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**il** Sig./Sig.ra………………………………………………………………………………………………………………………………………

nato/a a……………………………………………………………………..(………………) il…………/……………./…………………

residente …………………………………………………………..Codice fiscale…………………………………………………….

Estremi del documento di identità……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**A RICHIEDERE COPIA E/O A RITIRARE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA** (barrare la voce che interessa)**:**

* Referti di analisi di laboratorio/indagini diagnostiche effettuati in data\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Copia conforme di cartella clinica relativa al ricovero dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso l’Unità Operativa di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Copia conforme ricovero Day Hospiotal/ Day Surgery effettuato in data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Copia conforme accesso in pronto soccorso effettuato in data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Referto radiologico
* Verbale visita
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**.................................lì………………/……………./………………… …..……………………………………….**

 **(luogo) (data) (firma leggibile)**

 **(N. B.: al presente modulo devono necessariamente essere allegate le copie dei documenti di identità del delegante e del delegato)**

 **A CURA DELL’UFFICIO:** è stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati ed i documenti esibiti dal delegato

Cognome e nome……………………………………………………………………… Firma……………………………………………………………………………………

**N.B.** Il modulo di delega non può essere utilizzato per il ritiro del referto relativo all’HIV, che potrà essere ritirato esclusivamente dal diretto interessato esibendo un documento di identità.**FIRMA DEL DELEGATO per ricevuta della documentazione sopra indicata: ………..…/……….…./……..…………………………………………….. (data) (firma leggibile)**