



DELEGA AL RITIRO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Delega

il Sig. / la Sig.ra _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____

al ritiro di copia della Cartella Clinica richiesta

Catania, li _____

Firma del delegante

Allega alla suddetta richiesta, copia di un valido documento di identità

da compilare al ritiro della cartella

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

dichiara di ricevere in data _____ la documentazione richiesta

Catania, li _____

Firma del Delegato
