



## MODULO E

**RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER MINORI/TUTORI**

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ documento di identità \_\_\_\_\_

in qualità di:

☐

Padre

☐

Madre

☐

Tutore/Curatore/Affidatario

del minore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

☐**Ritira** copia della documentazione sanitaria di cui all'allegata richiesta, previa presentazione del proprio documento di identità☐**Delega a ritirare** copia della documentazione sanitaria di cui all'allegata richiesta, previa presentazione del documento di identità del delegato e di quello del delegante (in originale o in copia controfirmata dal titolare)

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ documento di identità \_\_\_\_\_

**A tal fine, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03 e s.m.i.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto, inoltre, solleva la ASL Roma 1 da ogni responsabilità legata allo smarrimento o alla visione della suddetta documentazione da parte di terzi non autorizzati.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Identificazione a cura dell'ufficio preposto:**

Estremi del documento del delegato \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_