

Alla ASL Roma 1
Dipartimento Interaziendale di Medicina legale
UOC Medicina Legale
Lungotevere della Vittoria, 3 00195 RM

Delega per ritiro di documentazione sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

Nato/a a _____ il _____

E residente a _____ in Via _____

Cap _____ Prov _____ Tel. _____

DELEGA ED AUTORIZZA

Il/La sig./sign.ra _____ C.F. _____

Nato/a a _____ il _____

E residente a _____ in Via _____

Cap _____ Prov _____ Tel. _____

A ritirare per proprio conto la copia della documentazione sanitaria di cui all'allegata richiesta, previa presentazione di un documento d'identità del delegante, sollevando l'Azienda Asl RME da ogni responsabilità legata allo smarrimento o alla visione della stessa da parte di terzi non autorizzati.

Data _____ Firma _____

A tal fine, autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Data _____ Firma _____

Identificazione a cura dell'ufficio preposto:

Estremi del documento del delegato _____ Rilasciato il _____