

MODULO E

RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER MINORI

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 _____