

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA

(L.R.T. 24 febbraio 2005, n. 40)

Sede legale: Via Roma, 67 - 56126 PISA – Tel. 050996111

Regione 090 - Azienda 901

Modulo per delega al ritiro documentazione sanitaria di Minori

Al Sig. Direttore U.O.

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
Via Roma, 67
56100 PISA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente
a _____ in qualità di Genitore, Tutore di (cognome e
nome) _____ nato a
_____ il _____ a seguito degli esami
strumentali/di laboratorio effettuati dal minore in data _____
presso codesta Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

autorizza

che la documentazione sanitaria del suddetto minore venga ritirata dal Sig.

_____ a tal fine delegato/a ai sensi D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445.

In fede

Il delegante

N.B. Il delegato, al momento del ritiro, oltre al modulo rilasciato dalla struttura per il ritiro della documentazione, dovrà presentarsi munito di:

1. Il presente modulo debitamente compilato in ogni sua parte;
2. Copia del documento di identità del delegante, in corso di validità;
3. Documento di identità personale in corso di validità;

Pisa, _____

Il Delegato

Doc. Identità n. _____ valido fino al _____

L'operatore (firma leggibile)
