**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

Al Sig. Direttore U.O.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Via Roma, 67

56100 PISA

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede che la propria documentazione sanitaria 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_