

Ufficio Cartelle cliniche Tel. 0185213416 Email: cartellecliniche-iclas@gvmnet.it

Il/la sottoscritta/a _____ (delegante)

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Doc. Identità N. _____ Scadenza _____

Telefono _____ Cellulare _____

In qualità di intestatario della Cartella Clinica

DELEGA il/la Sig./ra _____ (delegato)

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL DELEGANTE

Documento d'identità numero _____

Rilasciato da _____ Scadenza _____

Consapevole delle pene comminate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti alla realtà, sotto la mia personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R.445/2000.

Data _____

FIRMA DEL DELEGANTE

FIRMA DEL DELGATO
