



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA**  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza  
Via Torraca, 2 - 85100 POTENZA

Direzione Sanitaria – Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_

**DELEGA RITIRO CARTELLA CLINICA**

**E/O DUPLICATI RADIOGRAMMI** (TAC, Radiologia, Risonanza)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

AL RITIRO DELLA COPIA CARTELLA CLINICA

E/O DUPLICATI RADIOGRAMMI

- IL DELEGANTE DEVE ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
- IL DELEGATO DEVE ESSERE MUNITO DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
- SE IL DELEGANTE E' IMPOSSIBILITATO A FIRMARE OCCORRE LA FIRMA DI DUE TESTIMONI E ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI ENTRAMBI.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

TESTIMONI:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_