



Milano li, ___/___/_____

il Sig. _____ in qualità di:

- Paziente titolare della documentazione
 Persona avente diritto (si allega copia della documentazione attestante il diritto)

DELEGA

Il Signore / La Signora _____

Documento d'identità (del Delegato) tipo: _____ n° _____

- alla richiesta di: copia di Cartella Clinica
 aggiornamento di Cartella Clinica
- al ritiro di: copia di Cartella Clinica
 aggiornamento di Cartella Clinica
 Referti di esami di laboratorio
 Referti di esami di radiologia
 Altri esami diagnostici

relativa al Paziente, Sig./Sig.ra:

Cognome e Nome	N° Cartella Clinica	Data di nascita

Firma del Delegante _____

- NB:** 1) **allegare copia del documento d'identità del Delegante**
2) **Il modulo di delega non può essere utilizzato per il ritiro del/dei referto/i relativo/i al Virus HIV. Tale documentazione dovrà essere ritirata esclusivamente dal diretto interessato, esibendo un documento di identità.**

Il presente documento è predisposto in ottemperanza al D. Lgs. 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali, con particolare riferimento all'Art. 26, relativo al trattamento dei dati "sensibili".

Sezione riservata all'Ufficio

Responsabile della pratica il/la Sig./Sig.ra _____ n. Pratica _____

UFFICIO CARTELLE CLINICHE (BLOCCO 1 PIANO-2)	UFFICIO RITIRO REFERTI (ATRIO INGRESSO)
DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ (GIORNI FERIALE): - MATTINO: DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 12.00 - POMERIGGIO: DALLE ORE 14.00 ALLE ORE 15.00 - SI RICEVONO CONTATTI TELEFONICI AL NUMERO 02 2390 2268, DALLE ORE 15 ALLE ORE 16 - IL FAX AL NUMERO 02 2390 3277 È ATTIVO 24 ORE SU 24 - E-MAIL: ufficio.fotocopie@istitutotumori.mi.it	DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ (GIORNI FERIALE): - ORARIO CONTINUATO DALLE 8.00 ALLE 16.30 - SI RICEVONO CONTATTI TELEFONICI PER INFORMAZIONI AL NUMERO 02 2390 2057, DALLE ORE 14,00 ALLE ORE 15,00