



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 FERIALI): - 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 FERIALI): - ORARIO CONTINUATO DALLE 8.00 ALLE 16.30 - PER INFORMAZIONI CONTATTARE IL NUMERO 02 2390 2057, DALLE ORE 14,00 ALLE ORE 15,00 - E-MAIL: referti@istitutotumori.mi.it