



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 } per l'ufficio cartelle cliniche  
 aggiornamento di Cartella Clinica }  
  
 al ritiro di:  copia di Cartella Clinica } per l'ufficio cartelle cliniche  
 aggiornamento di Cartella Clinica }  
 Referti di esami di laboratorio } CUP centrale  
 Referti di esami di radiologia }  
 Altri esami diagnostici }

relativa al Paziente, Sig./Sig.ra:

Cognome e Nome	N° nosologico	Ricovero	Data di nascita
		Dal _____ al _____	

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 alla normativa vigente in merito al trattamento dei dati: Regolamento Ue 2016/679, GDPR (General Data Protection Regulation), D Lgs 196 30/06/03.*

**Sezione riservata all'Ufficio**

Responsabile della pratica il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ n. Pratica \_\_\_\_\_

UFFICIO CARTELLE CLINICHE (BLOCCO 1 E, PIANO -2)	UFFICIO RITIRO REFERTI (ATRIO INGRESSO)
LO SPORTELLINO È APERTO DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ (GIORNI FERIALE): - MATTINO: DALLE ORE 10.00 ALLE ORE 11.00 - POMERIGGIO: DALLE ORE 14.00 ALLE ORE 15.00 - NEGLI STESSI ORARI SI RICEVONO CONTATTI TELEFONICI AL NUMERO 02 2390 2923 - E-MAIL: ufficio.fotocopie@istitutotumori.mi.it	DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ (GIORNI FERIALE): - ORARIO CONTINUATO DALLE 8.00 ALLE 16.00 - PER INFORMAZIONI CONTATTARE IL NUMERO 02 2390 2057, DALLE ORE 14 ALLE ORE 15 EMAIL: REFERTI@ISTITUTOTUMORI.MI.IT