



AZIENDA USL VALLE D'AOSTA
UNITÉ SANITAIRE LOCALE VALLÉE D'AOSTE

DIREZIONE AREA OSPEDALIERA
Ufficio Cartelle Cliniche
Tel. 0165/543240 - Fax 0165/543631

MODELLO B

DELEGA RICHIESTA

Il /la sottoscritt _____

Nat_ a _____ il _____

Residente in _____

DELEGA

Il / la Sig./ra _____

Nat_ a _____ il _____

Residente in _____

a richiedere

copia/e della propria cartella clinica relativa al ricovero presso questo Presidio Ospedaliero.

Data e firma del delegante _____

NOTA BENE

**ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA'
DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO**



AZIENDA USL VALLE D'AOSTA
UNITÉ SANITAIRE LOCALE VALLÉE D'AOSTE

DIREZIONE AREA OSPEDALIERA
Ufficio Cartelle Cliniche
Tel. 0165/543240 - Fax 0165/543631

MODELLO C

DELEGA RITIRO

Il /la sottoscritt _____

Nat_ a _____ il _____

Residente in _____

DELEGA

Il / la Sig./ra _____

Nat_ a _____ il _____

Residente in _____

a ritirare

copia/e della propria cartella clinica richiesta in data _____

Data e firma del delegante _____

NOTA BENE

**ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA'
DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO**