



**ATS Sardegna**  
Azienda Tutela Salute  
ASSL Saniuri

Ospedale N.S. di Bonaria

Ufficio Cartelle Cliniche  
Orario: 9,00-12,00  
dal lunedì al venerdì  
Tel. 070/9378270  
fax 070/9378291

**MODULO DELEGA RICHIESTA/RITIRO**

Alla Direzione Sanitaria  
Presidio Ospedaliero di San Gavino M.le

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

nella qualità di :

Intestatario;  Erede;  Esercente la potestà di genitore;  Tutore;  Curatore;  Amministratore di sostegno

**DELEGA**

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

a richiedere

a ritirare

copia della seguente documentazione sanitaria di cui è intestatario

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Copia della cartella clinica relativa alla degenza nel

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Copia estratto della cartella clinica;

copia verbale dell'accesso al Pronto soccorso avvenuto il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_;

duplicato documentazione radiografica relativa all'esame: \_\_\_\_\_ eseguito il \_\_\_\_\_

durante il ricovero nel Reparto di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

certificato di riscontro autoptico relativo al decesso avvenuto in data \_\_\_\_\_ nel Reparto di \_\_\_\_\_

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata.*

San Gavino M.le, li \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Firma del delegante

Firma del delegato

allegata fotocopia documento di identità delegante

allegata fotocopia documento identità delegato