



Allegato 2

Data,.....

Alla Direzione Medica di Presidio

Presidio Ospedaliero di Legnano-Cuggiono	
<input type="checkbox"/> Sede di Legnano	<input type="checkbox"/> Sede di Cuggiono

Presidio Ospedaliero di Magenta-Abbiategrasso	
<input type="checkbox"/> Sede di Magenta	<input type="checkbox"/> Sede di Abbiategrasso

DELEGA PER LA RICHIESTA DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
--

Io sottoscritto
nato a il
(in allegato copia fotostatica del documento di riconoscimento)

con la presente delego

il/la Sig./ra
nato/a a il
di cui allego copia fotostatica del documento di riconoscimento

alla richiesta della copia di:

<input type="checkbox"/> Cartella Clinica	<input type="checkbox"/> Cartella Ambulatoriale	<input type="checkbox"/> Referto esame	<input type="checkbox"/> Verbale Pronto Soccorso
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)			

Relativa a ricoveri/prestazioni ambulatoriali effettuati presso:

Ospedale di..... Reparto di.....

Dal.....al.....n° pratica.....

Ambulatorio diin data

.....
(firma del delegante)

Informativa ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003: i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'ASST Ovest Milanese secondo le disposizioni previste dal D.lgs. n. 196/2003, da personale incaricato, esclusivamente per finalità connesse all'istanza dell'interessato al quale competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 del D.lgs. medesimo.