

Spett.le UFFICIO CARTELLE CLINICHE  
A.O.U. Policlinico-“G. Rodolico – San Marco”

- P.O. “Gaspare Rodolico”  
 P.O. “S.Marco”

### ATTO DI DELEGA PER RICHIESTA/RITIRO COPIA CARTELLA CLINICA

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_  
documento identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il/La sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
documento identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

alla richiesta della documentazione clinica riguardante la propria persona

al ritiro della documentazione clinica riguardante la propria persona

Il delegante

Catania, \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del R.E. 2016/679, l'amministrazione dell'AOU Policlinico "G. Rodolico – San Marco" di Catania al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e formati successivamente, per le finalità espresse.*

Il delegante

Catania, \_\_\_\_\_