



Ospedale Luigi Sacco

AZIENDA OSPEDALIERA – POLO UNIVERSITARIO

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

Tel. 02.3904.3534.3535.3539 – Fax 02.3904.3533

UFFICIO CARTELLE CLINICHE

Orario: 9.30-12.00/14.00-15.00

tel. 02.3904.2837 - fax 02.3904.3140

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____ via _____
con la presente **DELEGO** _____ Sig. _____
nato a _____ il _____

a ritirare per mio conto la **copia della seguente documentazione sanitaria**
_____ relativa al periodo _____

cartella clinica/cartella ambulatoriale/verbale di P.S.

_____, _____
luogo data

FIRMA _____

Certificato d'identità del delegante

N. _____ rilasciato a _____ il _____

Certificato d'identità del delegato

N. _____ rilasciato a _____ il _____

N.B. Allegare copia dei documenti di identità.