



**MOD. ALL. 3**

**MODULO DI DELEGA PER RICHIESTA INFORMAZIONI E/O SEGNALAZIONE**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/** (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente

a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ documento di identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, di cui allega copia fotostatica.

Con riferimento all'episodio di cura e/o prestazione sanitaria da me eseguito e/o effettuata presso  
\_\_\_\_\_ ( indicare struttura) in data \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a (provincia) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ documento di identità n° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, di cui allega copia  
fotostatica.

**A RICHIEDERE PER MIO CONTO INFORMAZIONI E/O PRESENTARE SEGNALAZIONI  
SECONDO LE MODALITÀ E TERMINI CONSENTITI DALLA STRUTTURA**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si allega:

- copia di un documento d'identità e della tessera sanitaria in corso di validità del delegante e del delegato