

Al Direttore del Presidio Ospedaliero  
Azienda U.S.L. 12 di Viareggio

---

*Il/La sottoscritto/a*

*nato/a*

*il*

## DELEGA

*Il/la Sig./Sig.ra*

*in qualità di  
conto*

*a ritirare per proprio*

*copia della documentazione sanitaria.*

*Firma titolare della cartella clinica*

*Data*

**N.B. Al momento del ritiro della copia documentazione sanitaria la persona delegata dovrà esibire un proprio documento di riconoscimento e quello, anche in fotocopia, del titolare della suddetta documentazione.**