

Delega informativa

Delegante – Con la presente autorizzo:

Nome + cognome _____
Data di nascita _____
Indirizzo _____

Persona Delegata – La seguente persona:

Nome + cognome _____
Data di nascita _____
Indirizzo _____

Alla persona delegata è concesso il diritto di ricevere informazioni sul mio stato di salute e di accedere alla mia cartella clinica.

I medici curanti e il personale dello studio sono liberati dall'obbligo di riservatezza nei confronti della persona delegata.

La presente autorizzazione scritta è valida fino a revoca da parte del delegante.

Luogo, data

Firma del delegante

Le persone delegate sono tenute a identificarsi in qualsiasi momento su richiesta mediante un valido documento ufficiale di identità oppure, in caso di contatto telefonico, tramite identificazione verbale (fornendo indirizzo, data di nascita e dettagli relativi al delegante). Il delegante deve inoltre allegare una copia di un valido documento ufficiale di identità insieme al presente modulo.

Da compilare dall'assistente dello studio medico (MPA): Confermo la corrispondenza dei dati personali del delegante con il documento ufficiale di identità valido.

Nome MPA: _____ Data: _____