

	<p style="text-align: center;"><b>Casa di cura "VILLA SERENA" S.p.A.</b>  CENTRO DI RIABILITAZIONE  CARDIOCIRCOLATORIA, RESPIRATORIA,  NEUROMOTORIA E LUNGODEGENZA</p> <p style="text-align: center;">10045 PIOSSASCO, Via Magenta 45  Telefono : 011/90.39.888(centralino) – 011/90.39.622 (prenotazioni)  Fax : 011/904.22.11 E-mail: <a href="mailto:posta@villaserenapiossasco.it">posta@villaserenapiossasco.it</a>  Sito Internet: <a href="http://www.villaserenapiossasco.it">http://www.villaserenapiossasco.it</a></p>	<p style="text-align: center;"><b>MODULO R3</b></p>
---	--	---

## Modulo per delega ritiro copia cartella clinica

### Delegante

Nome ..... Cognome .....

Nato/a a ..... prov. (.....) il .....

Residente a ..... Via ..... n° .....

Cap ..... Provincia ..... Telefono ..... Cellulare .....

in qualità di :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intestatario della cartella<br><input type="checkbox"/> Curatore dell'inabilitato<br><input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno | <input type="checkbox"/> Genitore esercitante la potestà<br><input type="checkbox"/> Tutore dell'interdetto<br><input type="checkbox"/> Erede (legittimo o testamentario) |
|---|---|

## D E L E G A

Nome ..... Cognome .....

Nato/a a ..... il .....

Residente a ..... via ..... n° .....

- al ritiro della propria cartella clinica  
 al ritiro della cartella clinica relativa al paziente:

Nome ..... Cognome .....

Ricoverato presso Villa Serena dal ..... al .....

Data .....

Firma del delegante .....

Firma del delegato .....

**Nota: allegare entrambe le fotocopie dei documenti di riconoscimento in corso di validità, in fronte retro.**