

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p>Modulo richiesta documentazione sanitaria</p>	
--	---	--

ATTO di DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____

delega¹ il/La Sig./Sig.ra _____

Al ritiro della propria documentazione clinica.

Data / / **firma** _____

¹Allegati: fotocopia dei documenti di identità del delegato e delegante.