



## MODULO DI RICHIESTA/DELEGA PER IL RITIRO DI COPIA DELLA CARTELLA CLINICA

Studio di Psicologia accreditato per la diagnosi e certificazione dei DSA

Piazzale degli innocenti 7 61121 Pesaro (PU)  
Responsabile Sanitario: dott.ssa Astrella Cascino

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in via/piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

**ALLEGARE** copia di un documento di riconoscimento valido del richiedente (nel caso di minore allegare documento di ciascun genitore o di chi ne esercita la potestà genitoriale e tutoriale).

### IN QUANTO

diretto interessato esercitante la potestà nei confronti del minore  
esercitante la rappresentanza legale nei confronti di  
\_\_\_\_\_ minore emancipato

**Dichiara** di avere l'assenso di altri aventi diritto a richiedere e ritirare il documento di cui alla presente istanza (altro genitore, altri eredi, ecc.), assumendosi tutte le eventuali responsabilità

**CHIEDE** il rilascio, per gli usi consentiti dalla legge, di: COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA.

## MODALITA' DI RICHIESTA

consegnare direttamente il presente modulo presso la segreteria  
per posta  
posta elettronica ( [astrella@studio-charliebrown.it](mailto:astrella@studio-charliebrown.it))

## MODALITA' DI RITIRO

presso la segreteria da parte dell'avente diritto o di persona munita di delega scritta invio  
per posta al recapito indicato dall'avente diritto, con spese a carico del destinatario

Cognome e Nome dell'intestatario

\_\_\_\_\_ Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Provincia  
\_\_\_\_\_ tramite Posta Elettronica Certificata (PEC)



**DELEGA PER IL RITIRO DELLA COPIA DI CARTELLA CLINICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il /La sig./Sig.a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**AL RITIRO DELLA COPIA DI CARTELLA CLINICA** di \_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13 D. Lgs 196/2003).

LUOGO e DATA FIRMA DEL DELEGANTE \_\_\_\_\_

N.B: Si allega alla presente fotocopia del documento di identità del delegante