



**Casa di cura "VILLA SERENA" S.p.A.**  
CENTRO DI RIABILITAZIONE  
CARDIOCIRCOLATORIA, RESPIRATORIA,  
NEUROMOTORIA E LUNGODEGENZA  
**Direttore Sanitario: Dott. Gian Piero ICARDI**  
10045 PIOSSASCO, Via Magenta 45  
Telefono: 011/90.39.888(centralino) – 011/90.39.820(prenotazioni)  
E-mail: [posta@villaserenapiossasco.it](mailto:posta@villaserenapiossasco.it)  
Sito Internet: <http://www.villaserenapiossasco.it>

**MODULO  
R3**

**Rev. 7  
16/01/2024**

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

### DELEGA

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.**