

MODEL D'AUTORITZACIÓ PEL LLIURAMENT DE DOCUMENTACIÓ A TERCERS

Jo _____ amb DNI/ NIE/ PASS _____

amb adreça _____ a Barcelona i telèfon _____

Autoritzo a _____

amb DNI/NIE/PASS _____

a retirar documentació sanitària i social relativa a la meua salut al CAP Roger de Flor.

Signatura del pacient

Signatura de l'autoritzat

El present document ha d'acompanyar-se amb la TIS original del pacient, amb el DNI del pacient (original o fotocòpia) i DNI de la persona autoritzada (original). La validesa d'aquest document serà vigent fins que no es comuniqui de forma fefaent per escrit la seva cancel·lació