

Sr/Sra....., amb DNI, passaport,
o document equivalent vàlid que l'identifiqui....., **autoritza**, al
Sr/Sra....., amb DNI, passaport,
o document equivalent vàlid que l'identifiqui....., a recollir,
copia de la documentació de la meva Historia Clínica.

Nom, i signatura titular documentació

Nom, i signatura persona autoritzada

..... a de de 201....

Documentació acreditativa que cal adjuntar amb aquesta autorització

- Copia del DNI, passaport o document equivalent del titular i del representant
- Autorització signada pel titular de la història clínica
- Per a pacients difunts: Copia del llibre de família o document que acrediti la situació d'hereu
- Per a pacients menors de 16 anys: Copia del llibre de família o document que acrediti la tutela
- Per a pacients incapacitats: Copia del document acreditatiu de la representació o tutoria