

AUTORITZACIÓ PER LA RECOLLIDA DE DOCUMENTACIÓ CLÍNICA

Titular de la documentació

Nom i cognoms

DNI

Autoritzo a

Nom i cognoms

DNI

A sol·licitar i/o recollir amb nom meu la Documentació clínica següent:

La persona autoritzada s'haurà d'acreditar amb el **DNI** i aportar el **DNI del titular** de la història clínica.

Per a que consti la meva conformitat ho manifesto de forma voluntària, conscient i expressa.

Signatura titular

Signatura persona autoritzada

Berga, ____ de _____ de _____