



**ANEXO X:
DELEGACIÓN A TERCERAS PERSONAS PARA
SOLICITAR/RETIRAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

CÓDIGO: GER-FL-65

VERSIÓN: 1

D./D^ausuario del
Hospital General Universitario de Ciudad Real, con DNI Domicilio
en.....Localidad.....
Provincia.....C.P..... Teléfono.....

AUTORIZO A:

D./D^a con
DNI Domicilio en
Localidad.....Provincia.....
C.P.....Teléfono.....

Relación con el usuario, para que en mi nombre,
solicite/retire la documentación clínica requerida a esa oficina.

Debiendo adjuntar:

1. DNI de la persona que autoriza.
2. DNI del usuario que ha sido autorizado.

En....., a.....de.....de 20.....

Autoriza

Autorizado