

**AUTORIZZAZIONE ALLA TRASMISSIONE DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN RELAZIONE ALLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI PRESENTATA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in relazione alla richiesta di risarcimento danni presentata in data \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

l'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara a trasmettere la propria documentazione sanitaria (cartella clinica, relazioni tecnico-sanitarie, ecc.) alla Compagnia Assicuratrice al solo fine di valutare compiutamente la richiesta risarcitoria presentata.

Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

Si prega di restituire il presente modulo all'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Maggiore della Carità" - S.C. Affari Generali e Legale - c.so Mazzini, 18 - 28100 NOVARA.  
Per eventuali informazioni rivolgersi ai numeri telefonici 0321/373 3 568-569.