

Número història clínica \_\_\_\_\_

## Autorització de gestions a tercers

- \* Cal portar aquest document adequadament omplert.
- \* DNI o passaport de la persona que s'autoritza a recollir la documentació. En cas de menors d'edat, cal presentar el llibre de família.
- \* Fotocòpia del DNI de l'interessat.
- \* En cas d'èxitus cal aportar el llibre de família on consti relació de primer grau, relació efectiva matrimonial o de fet o condició d'hereu.

### Autorització

Sr./Sra. \_\_\_\_\_ amb DNI número \_\_\_\_\_  
autorizo a \_\_\_\_\_ com a (relació amb el pacient) \_\_\_\_\_  
amb DNI número \_\_\_\_\_  
a realitzar la següent gestió \_\_\_\_\_

, en data \_\_\_\_\_

Signatura del titular de la historia clinica

Signatura de la persona autoritzada

--	--