

CARTA AUTORIZACIÓN A TERCERAS PERSONAS

Yo, D/D^a. _____

con DNI n^o _____ **AUTORIZO** a

_____ a solicitar y recoger en mi nombre

la documentación clínica detallada en el formulario de solicitud.

Firma del
AUTORIZADO

Firma del
AUTORIZANTE

Palma, a de 2024

Le informamos que el Hospital y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de sus datos están obligados a guardar el debido secreto profesional, como establece el artículo 10 de la LOPD.