

## **CARTA AUTORITZACIÓ A TERCERES PERSONES**

---

Jo, D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

amb DNI n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ **AUTORITZO** a

\_\_\_\_\_

amb DNI n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ a sol·licitar i recollir en el meu  
nom la documentació clínica detallada en el formulari de sol·licitud.

Signatura de  
L'AUTORIZAT

Signatura de  
l'AUTORIZADOR

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.