



AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DE INFORME CLÍNICO

Yo

con DNI,

autorizo a

con DNI a recoger el informe que recoge datos de la

historia clínica de mi hijo / mi hija

el Centro Universitario de la Visión.

Firma de la madre, padre o tutor

Terrassa, de 20

NOTA: Es necesario adjuntar fotocopia del DNI de la persona que autoriza.