



DELEGA RITIRO REFERTI SANITARI

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il/...../..... residente a
via n.
Codice Fiscale: _____

DELEGA

il Sig./Sig.ra nato/o a
il/...../..... residente a Via n.
Codice Fiscale: _____
al ritiro dei seguenti referti:

Dichiara di essere informato sulle modalità e le finalità del trattamento dei dati personali raccolti, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Regolamento UE 679/2016 del D.Lgs. 196/2003 e che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega alla presente:

- Fotocopia di documento d'identità valido del delegante;
- Fotocopia di documento d'identità valido di colui che ritira il referto.

Luogo: **Data:**/...../..... **Firma:**

RITIRO A CURA DEL DIRETTO INTERESSATO

Il sottoscritto Sig./Sig.ra
Codice Fiscale: _____

Provvede personalmente, in data odierna al ritiro del proprio referto dell'esame eseguito presso il Poliambulatorio vita, il giorno

Documento di riconoscimento: n.

Emesso da: data scadenza

Luogo: **Data:**/...../..... **Firma:**

A cura dell'operatore che consegna il referto

Il referto è stato ritirato dalla persona su indicata.

Preliminarmente sono state verificate le identità tramite i documenti sopra indicati.

Data di consegna del referto:/...../..... L'operatore: