

DELEGA AL RITIRO DEI REFERTI / CARTELLE CLINICHE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ (____)
residente a _____ via/piazza _____ n. ____
codice fiscale _____

DELEGA

al ritiro del referto per l'esame di _____
eseguito il ____ / ____ / 20__ presso _____

Il/la sig/ra _____
nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ (____)
residente a _____ via/piazza _____ n. ____
codice fiscale _____

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Luogo e data _____, ____ / ____ / 20__

Firma del delegante _____

Documento n. _____ Data di scadenza ____ / ____ / ____

In alternativa copia di un documento di identità

Firma del delegato _____

Documento n. _____ Data di scadenza ____ / ____ / ____

In alternativa copia di un documento di identità