



DELEGA RITIRO REFERTI

Mod D

Alla cortese attenzione
della Direzione Sanitaria

Data / /

luogo

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a provincia (o stato estero)

documento di identità n° data rilascio / /

rilasciato da

DELEGA

al ritiro del referto relativo alla prestazione (specificare)

eseguita presso in data / /

Il/la sig./sig.ra

Nato/a a provincia (o stato estero)

documento di identità n° data rilascio / /

rilasciato da

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del delegante

Firma del delegato

Alla consegna della documentazione devono essere esibiti:

Fotocopia del documento di identità del richiedente delegante,

Originale del documento di identità del delegato.