

DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato	RITIRO REFERTO POLIAMBULATORIO- DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato
R325-SF Rev.5 data applicazione 09/05/2018 Pag. 1 a 1		

Sig. _____

Indagine: _____

Data di ritiro del referto: _____

firma di chi ritira

Orario lunedì - venerdì 7.30 – 19.30; sabato 8.00 -13.00

A cura dell'Utente: I referti, in ottemperanza al D. Leg. 196 del 30/6/03 – “Codice della Privacy”, possono essere ritirati alla consegna di questo modulo e con presentazione del documento di identità. **N.B. Se impossibilitato a ritirare personalmente il referto, può delegare altra persona; a tale scopo si prega di compilare la parte sottostante, allegando copia del documento di identità.**

DELEGO

Il/la Sig./ra _____

Residente a _____ via _____ n. _____

Data _____ il delegante (indicare il grado di parentela in caso di minore) _____

Io sottoscritto incaricato _____ attesto che mi sono personalmente accertato dell'identità della persona delegata al ritiro di quanto sopra indicato controllando il documento:

Tipo di documento _____

Autorità che l'ha rilasciato _____

Numero _____

Firma impiegato/a incaricato/a _____ Firma persona delegata _____

Data _____