

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

<p><b>Sig.</b> _____</p> <p><b>Indagine:</b> _____</p> <p><b>Data di ritiro del referto:</b> _____</p>	<p>_____</p> <p style="font-size: small;">firma di chi ritira</p>
--	---

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 \_\_\_\_\_