

DELEGA RITIRO REFERTI SANITARI

Il /La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

al ritiro dei seguenti referti: _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati con strumenti manuali, informatici e telematici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ATTENZIONE:

- Allegare fotocopia di documento d'identità valido del delegante.
- Colui che ritira il referto deve essere persona maggiorenne e munito di un proprio documento d'identità.

(Data)

Firma del delegante (per esteso e leggibile)