



DELEGA RITIRO REFERTI

Il/la sottoscritto/a
nato/a il a
tipo e numero documento.....
rilasciato da.....

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra.....
nato/a il..... a ritirare per mio conto il referto dell'esame
eseguito da me in data

ATTENZIONE

- Colui che ritira il referto (il "delegato") deve essere persona maggiorenne e deve esibire un proprio documento di identità.
- Documento del delegato: tipo documento: n°
rilasciato da in data
- Documento del delegato: tipo documento: n°
rilasciato da in data

SENZA QUESTE CONDIZIONI LA DOCUMENTAZIONE NON VERRÀ RILASCIATA

Si informa che i dati personali raccolti saranno trattati da "Centro Medico San Biagio S.r.l." in qualità di titolare del trattamento, esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto del regolamento UE 2016/679

Firma del delegante

Firma del delegato

.....

.....

Data.....

**RITIRO REFERTI TUTTI I GIORNI
DALLE 8.00 ALLE 19.00 - SABATO DALLE 8.00 ALLE 11.00**

I VOSTRI REFERTI SARANNO PRONTI: DATA.....ORA.....

RISERVATO AL CENTRO MEDICO SAN BIAGIO

Referto consegnato in data _____ alla persona delegata

Firma operatore _____