

<b>CENTRO RADIOLOGICO "MADONNA DELLA BRUNA" S.R.L. MATERA</b>	<b>Foglio di Ritiro con Delega</b>	DR 04 PO 01
		Pagina 1 di 1

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
documento di identità N. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il/La Sig.re/ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
documento di identità N. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### AL RITIRO DEI SEGUENTI REFERTI:

TAC n° \_\_\_\_\_  RMN n° \_\_\_\_\_  RADIOGRAFIA n° \_\_\_\_\_  ECO n° \_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs 196/2003, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

### AVVISO IMPORTANTE PER IL RITIRO DEI REFERTI

A tutela della vostra privacy vi preghiamo di :

- Allegare fotocopie dei documenti d'identità dell'**utente** e del **delegato** al ritiro (obbligatoriamente maggiorenne)
- Effettuare il ritiro degli esami dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8,00 alle ore 19,00

***N.B. In assenza di queste condizioni il Centro non potrà effettuare la consegna.***

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile del delegante)

Firma \_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile del delegato)