



## Foglio di Ritiro con Delega

DR04 PO01

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/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 \_\_\_\_\_

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.**

Firma del delegato

Firma del delegante

Data \_\_\_\_\_