



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 19,00 alle ore 20,00

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

Firma del delegato

Firma del delegante

Data _____