



CONSEGNA REFERTI E CARTELLE CLINICHE*
Tel. 011-9026259
Orario: 08.30-13.00

DELEGA RITIRO REFERTI

Il/La Sig./ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

Rilasciato da _____ in data _____

DELEGA

Il/La Sig./ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____ n. _____

Rilasciato da _____ in data _____

al ritiro della documentazione sanitaria (referti diagnostici e/o cartella clinica) che lo/la riguarda, esonerando l’Azienda da qualsiasi responsabilità prevista dal D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy).

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

Data _____

IL DELEGANTE (firma)

ATTENZIONE

Ai sensi e per gli effetti della normativa in materia di tutela della riservatezza e protezione dei dati personali, è necessario **esibire il DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE** (anche in copia), in assenza dei quali non si potrà procedere alla consegna della documentazione sanitaria.

*Per il ritiro della cartella clinica è consigliabile telefonare prima di presentarsi allo sportello al numero 011 9026278