

DELEGA PER IL RITIRO DEI REFERTI

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a	Il
Residente a	In via

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra

Nato/a a	il
----------	----

al ritiro dei seguenti referti:

ATTENZIONE:

- ALLA PRESENTE DELEGA DEVE ESSERE ALLEGATA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO DEL DELEGANTE.
- IL DELEGATO DEVE ESSERE MAGGIORENNE E MUNITO DI UN PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITA'

oppure

<input type="checkbox"/>	RICHIEDE LA SPEDIZIONE DEL/DEI REFERTO/I A MEZZO DI CORRIERE TNT	
<input type="checkbox"/>	al proprio indirizzo di residenza	
<input type="checkbox"/>	al/alla Sig./Sig.ra/Società	
<input type="checkbox"/>	Residente in	In via
<input type="checkbox"/>	Con sede a	In via

Esonerando sin d'ora il Medical Center da qualsivoglia responsabilità in ordine al ritiro del referto da parte del soggetto dallo stesso delegato/indicato quale destinatario.

FIRMA DEL PAZIENTE
(per delega o trasmissione a mezzo corriere)

FIRMA DEL DELEGATO

IN ASSENZA DELLA PRESENTE DELEGA DEBITAMENTE SOTTOSCRITTA MEDICAL CENTER NON CONSEGNERA' REFERTI A PERSONE DIVERSE DAL DIRETTO INTERESSATO

I dati personali saranno trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 e s.m.i. e dal Reg. UE 2016/679. Per maggiori informazioni in merito al trattamento dei dati personali da parte di Medical Center consultare la privacy policy pubblicata nel sito web www.medicalcentermisano.it