

**MODULO DELEGA PER RITIRO DOCUMENTAZIONE
SANITARIA TC e RM**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____

DELEGA

Il/la signor/a _____

Documento di riconoscimento n° _____ rilasciato da _____

a ritirare per suo conto la seguente documentazione sanitaria:

- Copia Referto Copia CD
Immagini Pellicole
Immagini

relativo all'esame di:

Esame eseguito: _____

Reparto di: _____

Eseguito in data: _____

In fede

Roma ____/____/____

Firma _____

N.B.

Trattandosi di dati riservati e sensibili, per rispetto della normativa sulla privacy è indispensabile per il ritiro della documentazione sanitaria, che sia esibito un documento di riconoscimento della persona delegata e un documento di riconoscimento (o fotocopia) della persona che delega,