

**CENTRO MEDICO**  
POLIFUNZIONALE  
*per l'età evolutiva*

ALLEGATO 5 art.25 rev.03 del 06.11.2023

**DELEGA RITIRO REFERTI**

Cornedo Vicentino, \_\_\_\_\_

Io Sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

DELEGO

Il/la sig/ra \_\_\_\_\_ a provvedere al ritiro del referto

dell'esame da me/da mio figlio/a eseguito presso il vostro poliambulatorio.

Documento di riconoscimento del delegante n. \_\_\_\_\_

Emesso da \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento del delegato n. \_\_\_\_\_

Emesso da \_\_\_\_\_

Firma del delegante

\_\_\_\_\_

Si allega copia del documento d'identità della persona delegata e quello del delegante, entrambi in corso di validità.

**A cura dell'operatore che consegna il referto:**

Il referto del delegante è stato ritirato dalla persona delegata.

Preliminarmente sono state verificate le identità tramite i documenti sopra indicati.

Data di consegna del referto \_\_\_\_\_

L'operatore \_\_\_\_\_

I dati personali saranno trattati in conformità alle disposizioni previste dal Regolamento Europeo 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 così come modificato dal D. lgs 101/18