

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via / piazza \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_  
 genitore/tutore del/la sig./ra \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via / piazza \_\_\_\_\_

RITIRA / DELEGA LE SEGUENTI PERSONE

Cognome	Nome	Data di nascita

al ritiro della seguente documentazione:

- Referti (visite , esami strumentali, di laboratorio e di radiologia)
- Certificazioni
- Copia radiogrammi
- Altro \_\_\_\_\_

Con la presente delega il/la sottoscritto/a libera l'Azienda da qualsiasi responsabilità al riguardo.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Attenzione:** *le persone delegate devono presentarsi con un loro documento di riconoscimento valido e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona titolare della documentazione da allegare alla presente richiesta, altrimenti può essere esibito il documento originale i cui estremi vengono riportati a cura dell'Ufficio.*

Riservato all'ufficio

Estremi del documento: \_\_\_\_\_

*Nota: si garantisce che i dati contenuti in questo documento avranno trattamento in conformità a quanto prescrivono la legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima e saranno conservati negli archivi dell'Azienda Sanitaria.*