

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.

