

I referti si possono ritirare dal giorno \_\_\_\_\_ dalle ore 14.00 alle ore 19.30 presso l'accettazione di Rovigo Medica.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Documento (C.I. / Patente / Passaporto) n. \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Documento (C.I. / Patente / Passaporto) n. \_\_\_\_\_

Al ritiro della seguente documentazione sanitaria \_\_\_\_\_

Esonerando il Centro Diagnostico polispecialistico Rovigo Medica S.p.A. da qualsiasi responsabilità in merito al D.Lgs. n°196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Firma del delegante

Firma del delegato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_