

DELEGA RITIRO REFERTI

I referti si possono ritirare dal giorno _____ dalle ore 08.00 alle ore 20.30 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 e all'art. 13 Regolamento 2016/679 in materia di protezione dei dati personali.

Firma del delegante

Firma del delegato
