

**DELEGA RITIRO REFERTI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**D E L E G A**

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_

**al ritiro della seguente documentazione sanitaria:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si allega copia dei documenti d'identità del delegante e del delegato.

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

\_\_\_\_\_