

OGGETTO: DELEGA PER IL RITIRO DI REFERTI SANITARI E DOCUMENTAZIONE CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il ____/____/_____
Residente a _____ in via _____ n. _____

DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il ____/____/_____
al ritiro dei propri referti sanitari relativi alle prestazioni sanitarie effettuate in data ____/____/_____

Dichiarazione di responsabilità:

Il sottoscritto delegante dichiara di essere consapevole che la consegna del referto a terzi avviene sotto la propria esclusiva responsabilità. Con la presente solleva la struttura sanitaria da ogni responsabilità derivante dalla conoscenza dei dati personali e sensibili da parte del delegato.

Luogo e Data: _____

Firma del Delegante: _____

Note per il delegato:

Per effettuare il ritiro, è necessario presentarsi presso la nostra segreteria con:

1. Il presente modulo compilato e firmato in originale.
2. Ricevuta di accettazione/ricevuta originale.