

DELEGA RITIRO REFERTI MAGGIORENNI

Ai sensi e per gli effetti della normativa in materia di tutela della riservatezza e protezione dei dati personali, la documentazione sanitaria potrà essere ritirata personalmente dal paziente intestatario oppure da persona da questi incaricata.

In caso di ritiro da parte del delegato è necessario:

1. presentare il presente modulo debitamente compilato,
2. allegare la copia del documento di identità del delegante,
3. esibire il documento di identità del delegato al ritiro.

Si informa che, in assenza di tali documenti, non si potrà procedere alla consegna della documentazione sanitaria.

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____,
via _____ come da copia del documento
di identità che si allega alla presente

DELEGO

il/la Sig./ra _____ nato/a a _____
il _____ Documento: Carta
Identità Patente Passaporto - Numero _____ al ritiro seguente documentazione:
_____(specificare la documentazione richiesta).

DICHIARO

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento 679/2016 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

AUTORIZZO

la consegna all'intestatario della delega, sollevando il Poliambulatorio Fleming da ogni eventuale responsabilità a questo relativa.

Data ____/____/____

Firma _____