



## MODULO PER IL RITIRO DI REFERTI SANITARI E DELEGA A PERSONA DIVERSA DAL DIRETTO INTERESSATO

<b>DATA PREVISTA CONSEGNA REFERTI: TRA _____ GIORNI LAVORATIVI PRESSO: Punto prelievi Piccole Figlie Hospital - Via Po, 1</b>	<b>ORARIO SPORTELLO PER RITIRO ESAMI: DAL LUNEDI' AL VENERDI' 12:30 - 13:30 <u>Si prega di rispettare gli orari</u> Per informazioni telefonare negli orari del ritiro al numero 0521 917711</b>
---	--

Si informa che, per tutelare la riservatezza dei dati personali, il referto può essere ritirato solo dalla persona direttamente interessata provvista di documento di identità valido da esibire, o da persona delegata.

**In caso di delega, la persona delegata deve presentarsi munita di:**

- **copia di documento di identità, in corso di validità, del delegante (da allegare);**
- **originale o copia del proprio documento di identità, in corso di validità (da esibire);**
- **il presente modulo debitamente compilato.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- Diretto interessato
- Genitore del minore \_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_
- Tutore/amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_

**RITIRO PERSONALMENTE IL REFERTO**

**DELEGO**

Il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
al ritiro della seguente documentazione sanitaria \_\_\_\_\_  
per le prestazioni effettuate in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Ai sensi della legge n. 135/90 art. 5 comma IV, la comunicazione di risultati di accertamenti diagnostici diretti o indiretti per infezione da HIV può essere data esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti.**

*Dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il mancato ritiro del referto entro 90 giorni dalla data prevista di consegna comporta l'addebito all'assistito dell'intero costo della prestazione fruita.*

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma di chi delega

Firma del delegato o di chi ritira il referto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_