



**CENTRO
MEDICO
MICHELANGELO**
DIAGNOSTICA STRUMENTALE
VISITE SPECIALISTICHE

centromedicomichelangelo.it
Via Mario Musco, 16
00147 Roma
info@centromedicomichelangelo.it
06.54.06.300
06.54.07.892 fax

MODULO DELEGA RITIRO REFERTI SANITARI

Il /La sottoscritto/a
nato/o a il
residente a Via

DELEGA

il Sig./Sig.ra
nato/a a il
residente a Via

al ritiro dei seguenti referti:

.....

Dichiara altresì 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.

N.B.:

- Allegare fotocopia di documento d'identità valido del delegante (colui che firma)
- Il delegato (colui che ritira il referto) deve essere persona maggiorenne e munito di un proprio documento d'identità

Luogo e data.....

Firma

(per esteso e leggibile)

