

Delega ritiro referti

La Sig.a / Il Sig. _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

per sé medesimo

oppure

esercitando la responsabilità genitoriale in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno...)

del Sig./Sig.ra _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679 dal Centro Medico by Salus S.r.l. e

DELEGA

al ritiro della seguente documentazione sanitaria:

La Sig.a / Il Sig. _____

Nato/a a _____ il _____

- **Da allegare fotocopia documento di identità in corso di validità del delegante.**
- **La persona delegata deve essere maggiorenne e deve esibire documento di identità in corso di validità.**

Latisana ___/___/_____

Firma del dichiarante _____