



# DOMUS MEDICA

CENTRO CURE SPECIALISTICHE

Gentile Signor/ra \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Grazie per aver scelto di effettuare il Suo esame presso Domus Medica in data \_\_\_\_\_

La contatteremo al numero \_\_\_\_\_ appena il Suo referto sarà disponibile e resterà a disposizione per i 30 giorni successivi alla data di avviso presso la nostra Reception.

Se fosse impossibilitato/a al ritiro di persona in struttura, le chiediamo di compilare la delega sottostante e consegnare questo modulo alla persona delegata.

## DELEGA AL RITIRO REFERTI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento del delegante n° .....

Emesso da.....

## DELEGO

Il/La sig./Sig.a.....

Documento di riconoscimento del delegato n° .....

Emesso da.....

al ritiro del referto dell'esame eseguito presso il Vostro centro.

### **Si allega alla presente, fotocopia del documento d'identità del delegante**

Dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13 D. Lgs 196/2003).

Data.....

Firma del delegante.....

### COMPILAZIONE A CURA DELL'OPERATORE ALLA CONSEGNA DEL REFERTO

In data..... il referto è stato ritirato e sono state verificate le identità tramite i documenti sopra indicati.

Firma per avvenuto ritiro.....

ALL. 21 Rev. 00 del 14/11/2023 – DELEGA RITIRO REFERTI

VIA ZANCHI, 12 - ESTE (VICINO DUOMO)

TEL. 0429-50303

WWW.DOMUS-MEDICA.IT

