CENTRO MEDICO FRIULICOLLINARE

Pec: centromedicofriulicollinaresrl@pec.it
e-mail: cmfriulicollinare@gmail.com
cell: 331 8286419

DELEGA PER IL RITIRO DI REFERTI MEDICI E DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a:

- Nome e Cognome: _____
- Nato/a a: _____ il: _____
- Codice Fiscale: _____
- Residente a: _____ Prov: (_____)
- Indirizzo: _____ n.: _____
- Documento di riconoscimento: _____
- Numero documento: _____ Rilasciato da: _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra:

- Nome e Cognome: _____
- Nato/a a: _____ il: _____
- Codice Fiscale: _____
- Documento di riconoscimento: _____
- Numero documento: _____ Rilasciato da: _____

OGGETTO DELLA DELEGA

A ritirare per proprio conto la seguente documentazione sanitaria:

- [ ] Referti di analisi / esami clinici
- [ ] Esami radiologici / per immagini (RX, TAC, RMN, ecc.)
- [ ] Copia della cartella clinica
- [ ] Altro *(specificare)*: _____

Eseguiti presso la struttura: _____ In data _____
Ricevuta/Riferimento n.: _____

Dichiarazione di esonero responsabilità: Il/La sottoscritto/a solleva la struttura sanitaria da ogni responsabilità derivante dalla consegna della documentazione al soggetto delegato.

Luogo e Data: _____ **Firma del Delegante:**

_____

Documenti da allegare al momento del ritiro:

1. Fotocopia del documento di identità del **delegante** (in corso di validità).
2. Documento di identità del **delegato** (da esibire in originale).
3. Ricevuta/talloncino di ritiro rilasciato al momento della prestazione.