CENTRO MEDICO FRIULICOLLINARE

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

DELEGA / RICHIESTA RITIRO REFERTI MEDICI PER MINORENNI

Al Responsabile dell'Ufficio Accettazione / Ritiro Referti

Il/La sottoscritto/a:

- Cognome e Nome: _____
- Nato/a a: _____ il: _____
- Residente a: _____ (Prov. _____)
- Via/Piazza: _____ n. _____
- Documento d'identità: Tipo _____ n. _____
  rilasciato da _____ in data _____
- In qualità di**: [ ] Genitore [ ] Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore**

CHIEDE

il ritiro dei referti medici relativi alle prestazioni eseguite da:

- **Cognome e Nome del Figlio/a Minore:**

  _____
- **Nato/a a:** _____ il: _____
- **Codice Fiscale del Minore:** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- **Relativi alla prestazione / Numero di Accettazione / Data della visita:**

  _____

DICHIARA

- Di essere consapevole che il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e delle normative vigenti in materia di tutela della privacy.
- Di essere munito/a di proprio documento di riconoscimento in corso di validità e di copia del documento d'identità del minore (ove richiesto dalla struttura) o del codice fiscale dello stesso.

Rodeano basso, data _____ **Firma del Genitore / Richiedente:**

_____

Note operative per la presentazione:

Documenti da allegare/portare con sé: documento d'identità valido del genitore firmatario, il promemoria o il foglio di ritiro rilasciato al momento dell'accettazione, documento di identità e il codice fiscale (o tessera sanitaria) del minore.