

Sede di Tirocinio per gli Specializzandi
in Medicina Fisica e Riabilitativa
Universita' degli Studi di Torino



MODULO DI RICHIESTA RITIRO REFERTI

(artt. 23, 26, 76-81 del D.Lgs. 196/2003) e GDPR 679/2016

Io sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
C.F. _____ residente a _____
in Via/Piazza _____ telefono/cell. _____
e-mail _____

per sé medesimo oppure

esercitando la rappresentanza legale in qualità di (specificare se tutore, amministratore di
sostegno,...) del Sig./Sig.ra/ _____

nato a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____

RICHIEDO

che il referto relativo alla seguente prestazione sanitaria _____

sia consegnato a:

sottoscritto personalmente

delega per il ritiro il Sig. _____
(necessaria copia del documento di riconoscimento del delegante e del delegato)

delega per la comunicazione telefonica dei risultati urgenti quale medico di fiducia

il Dr. _____ Tel. _____

email: _____

Data _____ Firma del dichiarante _____

Per il MINORE:

Data _____ Firma dei genitori _____

=====
Spazio a cura dell'operatore incaricato:

Identificato l'interessato a mezzo C.I./Patente N. _____ rilasciata il _____
da _____

Data _____ Firma dell'operatore _____