

CASA DI CURA S. ANNA
S.p.A.
TERAPIE RIABILITATIVE

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



Accreditamento strutture sanitarie pubbliche
e private Regione Piemonte

2.
DRG

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. _____

Data _____ Firma del dichiarante _____

Per il MINORE:

Data _____ Firma dei genitori _____

email: _____.

=====

Spazio a cura dell'operatore incaricato:

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

Data _____	Firma dell'operatore _____
------------	----------------------------

da _____