



**CENTRO  
MEDICO  
MICHELANGELO**

DIAGNOSTICA STRUMENTALE  
VISITE SPECIALISTICHE

[centromedicomichelangelo.it](http://centromedicomichelangelo.it)

Via Mario Musco, 16  
00147 Roma

[info@centromedicomichelangelo.it](mailto:info@centromedicomichelangelo.it)

06.54.06.300

06.54.07.892 fax

## ***MODULO DELEGA RITIRO REFERTI SANITARI***

Il /La sottoscritto/a .....  
nato/o a ..... il .....  
residente a ..... Via .....

### **DELEGA**

il Sig./Sig.ra .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... Via .....

### **al ritiro dei seguenti referti:**

.....

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

### **N.B.:**

- Allegare fotocopia di documento d'identità valido del delegante ( colui che firma )
- Il delegato ( colui che ritira il referto ) deve essere persona maggiorenne e munito di un proprio documento d'identità

Luogo e data.....

Firma .....

( per esteso e leggibile )

