

Studio Radiologico Pandolfo S.r.l.

RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

residente a

DELEGA

il Sig./Sig.ra

nato/a a il

al ritiro della propria documentazione sanitaria (*specificare*):

.....

Dichiara 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.

ATTENZIONE

- **Colui che ritira la documentazione sanitaria (il “delegato”) deve essere persona maggiorenne e deve esibire un proprio documento di identità.**

**SENZA QUESTE CONDIZIONI LA DOCUMENTAZIONE NON VERRA’
RILASCIATA !!!**

.....
(luogo e data)

.....
(firma per esteso del delegante)