

## DELEGA RITIRO REFERTI

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il ..... residente a .....

in Via .....

esonero la società "Centro Medico Diagnostico Terapeutico srl" di Termini Imerese (PA) da qualsiasi responsabilità in merito al D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

### DELEGA

Il/La Sig./ra .....

nato/a a ..... il ..... residente a .....

in Via .....

al ritiro della seguente documentazione sanitaria: .....

.....

#### ORARIO RITIRO

**DAL LUNEDI' AL VENERDI'**

#### **MATTINA**

**dalle ore 11:30 alle ore 12:45**

#### **POMERIGGIO**

**dalle ore 16:30 alle ore 18:30**

**SABATO CHIUSO**

FIRMA DEL DELEGANTE

.....

FIRMA DEL DELEGATO

.....

Si allega copia dei documenti d'identità del delegante e del delegato.

**AVVERTENZE:** si ricorda agli Utenti di ritirare i risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio entro i 30 giorni successivi alla data di esecuzione, per non incorrere all'obbligo del pagamento dell'intero ammontare del costo della prestazione eseguita.