



Centro Medico del Veneto

Via Masotto, 4 NOVENTA VICENTINA
Tel. 0444.760303 - Email info@cmciveneto.it
www.cmciveneto.it

DELEGA per il ritiro della documentazione sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Via _____ n° _____

DELEGA

Il /La sig./Sig.a _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____

Via _____ n° _____

AL RITIRO DELLA seguente refertazione:

(specificare la refertazione: mammografia, risonanza magnetica, densitometria ossea, TAC, ortopantomografia, ecografia, ecc.)

Dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13 D. Lgs 196/2003).

Noventa Vicentina, / /

FIRMA (leggibile) DEL DELEGANTE

N.B: Si allega alla presente, fotocopia del documento di identità del delegante.