

Io
sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

Con documento di riconoscimento:

carta d'identità patente passaporto numero _____

rilasciato da _____ il _____ / _____ / _____

DELEGO

Il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a _____ il _____ / _____ / _____

con documento di riconoscimento:

carta d'identità patente passaporto numero _____

rilasciato da _____ il _____ / _____ / _____

al ritiro della mia documentazione sanitaria.

Ne AUTORIZZO quindi la consegna all'intestatario della delega, sollevando il Poliambulatorio Privato C.F.R. Srl da ogni responsabilità a questa relativa.

Castelfranco Emilia (Mo), il _____ / _____ / _____

Firma _____

RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA CON DELEGA: il ritiro della documentazione sanitaria potrà essere effettuato personalmente dall'intestatario oppure da un suo incaricato, previa **esibizione di un suo documento di riconoscimento.**

In caso di ritiro da parte di un delegato, è inoltre necessaria la presentazione del presente **modulo debitamente compilato e firmato e della fotocopia della carta d'identità dell'intestatario della documentazione**

Il Titolare dichiara che i dati forniti nel presente modulo saranno utilizzati esclusivamente per rispondere alle sue richieste di ritiro della documentazione, trattati da personale debitamente autorizzato, secondo misure di sicurezza tecniche ed organizzative tali da garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati e conservati il tempo necessario ad adempiere alla finalità di ritiro della documentazione. I suoi diritti sono esercitati ai sensi degli artt. da 15 a 22 del Reg.To EU 2016/679