



**STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA**  
"Dr. SANDRO CALABRESE"

**MODULO PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Data del ritiro ..... /..... /.....

Codice esame: ..... Data esame: .....

**SI PREGA DI RISPETTARE I SEGUENTI GIORNI E ORARI PER IL RITIRO REFERTI  
dal LUNEDÌ al VENERDÌ dalle 11:00 alle ore 12:45 oppure 17:45 alle 18:45**

**DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

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

**delega**

il Sig./Sig.ra .....  
nato/o a ..... il ..... /..... /.....  
al ritiro dei seguenti referti ..... per la prestazione sanitaria  
effettuata da me medesimo in data ..... /..... /..... presso lo Studio di Radiologia Medica  
Dr. Sandro Calabrese s.r.l. con sede in Martiri d'Otranto, 6 - 73100 Lecce.

**dichiara**

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Regolamento EU 679/2016, 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**

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

Luogo ..... data ..... /..... /.....

Firma .....