

Modulo per ritiro referti Pazienti Esterni

Dati dell'Utente

Cognome e Nome _____

Il referto potrà essere ritirato dal giorno _____

presso lo **Sportello del Centro Prelievi dell'Ospedale dell'Angelo – piano 0 (zero)**

dal LUNEDI' al VENERDI'

dalle ore 8:00 alle ore 18:00

e al SABATO dalle ore 8:00 alle ore 12:00.

Si ricorda che il mancato ritiro del referto **entro 30 (trenta) giorni** dall'effettuazione della prestazione comporta l'addebito all'Assistito dell'intero costo della prestazione fruita (art. 5, comma 8, legge 407 del 29 Dicembre 1990).

I REFERTI SARANNO CONSEGNATI ESCLUSIVAMENTE al diretto interessato munito di:

1. DOCUMENTO di riconoscimento (o fotocopia) di chi ha effettuato l'esame;
2. presente MODULO, debitamente compilato

oppure a **persona DELEGATA** dall'Utente, munita di:

1. DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DELEGANTE (in originale o in fotocopia);
2. DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DELEGATO (in originale).

(In difetto di quanto richiesto l'Operatore **non è autorizzato** a consegnare il referto).

DELEGA ALLA CONSEGNA DEL REFERTO E DEL SUPPORTO INFORMATICO (CD O DVD)

art. 81 D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Dati del Delegante (Utente)

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / _____ residente a _____

via _____ n° _____

documento in corso di validità (tipo e numero) _____

emesso da _____,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

DELEGO ALLA CONSEGNA

del referto e del relativo supporto informatico (CD o DVD)

Dati del Delegato (colui che ritira il referto)

il/la Signor/ra (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / _____ residente a _____

via _____ n° _____

documento in corso di validità (tipo e numero) _____

emesso da _____.

Data _____ Firma del Delegante _____