



MODULO RITIRO REFERTO

Egregio Sig./Sig.ra _____

Il referto dell'esame _____ del ___/___/_____ da Lei eseguito presso il nostro Istituto, potrà essere
RITIRATO a decorrere dal ___/___/_____:

- presso Portineria dalle ore 10.00 alle 20.00, dal Lunedì al Venerdì e il Sabato dalle ore 10.00 alle 16.00;
- presso Sportelli delle Casse dalle ore 10.00 alle 19.00, dal Lunedì al Venerdì, per esami non preventivamente accettati.

Il referto potrà essere ritirato da Lei direttamente, da persona munita di apposita delega o da chi ne esercita la legale rappresentanza **al massimo entro 30 giorni successivi alla data prevista, presentandosi con valido documento d'identità.**

Il Sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- di essere intestatario del referto sopra indicato;
- di essere delegato (di cui alla delega sotto riportata);
- di essere titolare della responsabilità genitoriale dell'intestatario del referto sopra indicato (**presentare copia del proprio documento d'identità***);
- di essere tutore/curatore/amministratore di sostegno dell'intestatario del referto sopra indicato (**presentare copia del proprio documento d'identità***).

FIRMA AL RITIRO

Data _____

Firma _____

DELEGA RITIRO REFERTI

Il Sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

DELEGA

al ritiro del sopraindicato referto, la seguente persona di fiducia*:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Carta di identità n. _____ rilasciata il _____ da _____ con

data di scadenza _____

La delega deve essere accompagnata da:

-fotocopia del documento di identità del delegante

-documento identificativo del delegato.

Data _____

Firma del delegante _____

**NEL CASO DI PERSONA DIVERSA DAL PAZIENTE sono consapevole che Istituti Clinici Pavia e Vigevano S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento dei dati, tratterà i miei Dati Personali al fine di gestire la richiesta da me presentata. L'informativa completa ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 è disponibile al link <https://www.grupposandonato.it/strutture/istituto-clinico-beato-matteo/richiesta-documentazione-clinica> e in formato cartaceo presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.*

Istituto Clinico Beato Matteo

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Corso Pavia 84 – 27029 Vigevano (PV)

Tel. +39 0381.347414 | Fax 0382.576821 | info.icbm@grupposandonato.it

di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it

Modulo ritiro referti ICBM-rev 1.2023

1