MOD PG5F
Rev. 16.06.16

DELEGA AL RITIRO DEI REFERTI

Il sottoscritto ……

nata/o a ……..…… il ……

documento C.I./Pt/…….n. ……

esonerando il Laboratorio di Analisi Cliniche A.R.C. srl da qualsiasi responsabilità in merito al D.Lgs n. 196 del 30.06.2003 " Codice in materia di protezione dei dati personali",

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra ……..

nata/o a …… il ……..…

documento C.I./Pt/…….n. ……

O **a ritirare per proprio conto i referti degli esami nel giorno** …….....
...…

Orario sede Mestre: 10.00 - 18.30 dal lunedì al venerdì
10.00 - 12.00 il sabato

Orario Centro prelievi di FAVARO: 09.00 – 10.00 dal lunedì al sabato

FIRMA DEL DELEGANTE

……..

O **a firmare per proprio conto il consenso per il trattamento dei dati personali (Privacy)**

FIRMA DEL DELEGANTE

Data :…… ……..

Per il ritiro presentarsi con i documenti d'identità del delegante e del delegato.

FIRMA DEL DELEGATO

……..

AVVERTENZE: si ricorda agli Utenti di ritirare i referti di laboratorio entro i **30 giorni successivi alla data di esecuzione**, per non incorrere all'obbligo del pagamento dell'intero ammontare del costo della prestazione eseguita (L. n. 412/1991 e L. n. 296/2006).