Policlinico Foggia

ospedaliero-universitario

DELEGA PER RITIRO COPIA ESAMI RADIODIAGNOSTICI

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome).....

nato/a a ..... il ..... / ..... / .....

codice fiscale

residente a (Comune, Prov.) .....
Via/P.zza (indirizzo) .....CAP.....n.....

*DELEGA AL RITIRO DEGLI ESAMI RADIODIAGNOSTICI

Il Sig. (nome e cognome).....

nato/a a ..... il ..... / ..... / .....

codice fiscale

residente a (Comune, Prov.) .....
Via/P.zza (indirizzo) .....CAP.....n.....

DICHIARA DI AVER RICEVUTO, LETTO E COMPRESO LE INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Data..... Firma dell'interessato .....

*Allegare fotocopia di documento di identità fronte/retro, in corso di validità, del delegante e delegato.

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE

Doc. Identità del soggetto delegato n.....rilasciato da.....scadenza.....

Doc. Identità del soggetto delegante n.....rilasciato da.....scadenza.....

Operatore: (Nome e Cognome) .....Firma.....

[leggi il QR Code per accedere subito all'informativa privacy *on-line*]

Informativa Privacy ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679

ORARIO RITIRO REFERTI:

Mattina - dal LUNEDI' al SABATO dalle 11:00 alle 13:00

Pomeriggio - dal LUNEDI' al VENERDI' dalle 16:00 alle 17:30

Il Titolare del trattamento
Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico Riuniti" Foggia