

**PUNTO MEDICO S.R.L. IS**  
**Poliambulatorio specialistico**

**DELEGA PER RITIRO REFERTI**

Il/la sottoscritto/a Sig. \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Ai sensi del D. Lgs 30 Giugno 2003, n. 196 ad oggetto " codice in materia di protezione dei dati personali " e successive modificazioni e integrazioni.

**DELEGA**

Il/ la sig. \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Al ritiro dei referti di: \_\_\_\_\_

Esonerando il Punto Medico s.r.l. da qualsiasi responsabilità

IL DELEGANTE

\_\_\_\_\_

**Si allega:**

**1. COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO**

Mod. 09.30