

## **DELEGA RITIRO REFERTI**

Caselle Torinese li, .....

Io sottoscritto/a .....  
nato/a .....  
residente in .....  
via/piazza, n. civico .....

### **Delego**

Il/la sig./sig.ra .....  
nato/a .....  
residente in .....  
via/piazza, n. civico .....

A provvedere al ritiro del referto dell'esame da me eseguito presso il vostro poliambulatorio.

### **Documento di riconoscimento del delegante**


Tipo di documento .....  
numero .....  
emesso da .....

firma del delegante ..... data di consegna .....

Per ritirare il referto il delegato deve esibire un proprio documento di riconoscimento e quello (o copia) del delegante, entrambi in corso di validità. A cura dell'operatore che consegna il referto: Il referto del delegante è stato ritirato dalla persona delegata. Preliminarmente sono state verificate le identità tramite i documenti sopra indicati.

#### **Privacy policy**

I dati personali saranno trattati in conformità alle disposizioni previste dal Regolamento Europeo 2016/679 e dal D. Lgs 196/03 così come modificato dal D. lgs 101/18



**La salute**  
della tua famiglia  
**al Centro**  
del nostro progetto.

#### **Centro Medico San Pietro Srl**

##### **Caselle Torinese**

SEDE LEGALE E OPERATIVA  
Via Circonvallazione, 126  
Tel. 011 567 8204 – Cell. 347 449 2880

[info@gruppcmsp.it](mailto:info@gruppcmsp.it)

##### **Nole Canavese**

SEDE OPERATIVA  
Via Garibaldi, 21  
Tel. 011 929 5514 – Cell. 320 180 4577

[www.centromedicosanpietro.it](http://www.centromedicosanpietro.it)