



MODULO DELEGA RITIRO REFERTI

DATA PREVISTA CONSEGNA REFERTI	PRESSO
ORARIO APERTURA UFFICIO ACCETTAZIONE VAL PARMA HOSPITAL – LANGHIRANO (PR) – Dal lunedì al venerdì dalle 06.45 alle 20.00. il sabato dalle 07.30 alle 19.00	

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____, in Via _____ n. _____,
documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____

Consapevole che le false dichiarazioni, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa),

in qualità di :

- ☐ diretto interessato
- ☐ genitore esercente la potestà genitoriale del minore _____ nato il _____ a _____ C.F. _____
- ☐ tutore/amministratore di sostegno di _____ nato il _____ a _____ C.F. _____
- ☐ legittimo erede di (indicare cognome, nome, luogo e data di nascita) _____

☐ RITIRO PERSONALMENTE IL REFERTO¹

☐ DELEGO²

il Sig./la Sig.ra _____ nato/ a _____ il _____,
residente a _____, in Via _____ n. _____,
documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____
al ritiro della seguente documentazione sanitaria _____
per le prestazioni effettuate in data _____

Informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679

Si informa che i dati personali e particolari forniti saranno trattati e raccolti da Valparma Hospital per scopi di natura amministrativa. Titolare del trattamento è Valparma Hospital. Informazioni dettagliate sul trattamento sono consultabili sul sito www.valparmahospital.it

Data _____

Firma del delegante

Firma del delegato o di chi ritira il referto

¹ È necessario esibire il documento di identità²

² La persona delegata deve presentarsi munita di:

- copia documento d'identità in corso di validità del delegante
- originale o copie del proprio documento d'identità in corso di validità (da esibire)
- presente modulo debitamente compilato