

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ e residente a _____

Via _____ n. _____

DELEGA

Al ritiro del referto dei seguenti esami _____

da me eseguiti in data _____ presso la Casa di Cura Val Parma,

il referto sarà ritirabile dal giorno _____

la persona sottoindicata:

Sig./ra _____ nato/a _____

Il _____ e residente a _____

Via _____ n. _____

Firma del Delegante

Firma del Delegato

(indicare gli estremi del documento di identità del delegato oppure allegare fotocopia del documento)

Dichiara di aver letto e compreso in tutte le sue parti l'informativa di cui all'art. 13 Regolamento UE 2016/679 (affissa nei locali dell'accettazione), riguardante il trattamento di dati comuni e sensibili, redatta dalla Casa di Cura Val Parma Srl, in qualità di titolare del trattamento e consapevole che per qualunque informazione o esercizio dei diritti potrà contattare l'Ufficio privacy privacy@valparmahospital.it o direttamente il DPO all'indirizzo dpo@valparmahospital.it,