

**DELEGA PER RITIRO REFERTI**

Il/la sottoscritto/a ..... Nato/a il.....  
a..... C.F.:.....  
Residente in ..... CAP.....  
In Via/Piazza ..... N° .....  
Carta di Identità rilasciata da..... n.....  
Con scadenza il.....

**DELEGA**

al ritiro per Suo conto dei referti e reperti delle prestazioni mediche da lui/lei effettuate in data:  
.....

il/la Sig./Sig.ra ..... Nato/a il .....  
a..... C.F.:..... Residente in  
..... in Via/Piazza ..... N° .....  
Carta di Identità rilasciata da..... n.....  
Con scadenza il.....

**N.B: si allegano copia fotostatica del documento del delegato e del delegante, in corso di validità.**

I dati personali del **soggetto delegante** rilasciati con la compilazione del presente modulo saranno trattati in conformità dell’informativa privacy resa al momento dell’accettazione e consultabile al seguente link <https://casasalute.eu/informativa-privacy/>

I dati personali del **soggetto delegato** rilasciati con la compilazione del presente modulo saranno trattati in conformità dell’informativa privacy visionabile al seguente link <https://casasalute.eu/informativa-privacy/> e disponibile presso le receptions delle nostre strutture.

Data.....

Firma del Delegante.....