

DELEGA PER RITIRO ESAMI

Il sottoscritto _____ Data _____

DELEGA

Il Sig./Sig.ra _____

Tipo di documento _____ n° del documento _____

a provvedere al ritiro dei referti e della documentazione in busta chiusa sollevando la RADIOLOGIA CLINICA SRL da ogni responsabilità da perdita, distruzione e/o deterioramento degli stessi ai sensi dell'attuale normativa sulla Privacy.

Il ritiro degli esami è previsto dal lunedì al venerdì dalle 14.00 alle 16.00

Firma del paziente

Firma di chi riceve la delega
(personale Radiologia)

Firma del delegato

Mod. 07.54 rev 6 del 29/08/2023

DELEGA PER RITIRO ESAMI

Il sottoscritto _____ Data _____

DELEGA

Il Sig./Sig.ra _____

Tipo di documento _____ n° del documento _____

a provvedere al ritiro dei referti e della documentazione in busta chiusa sollevando la RADIOLOGIA CLINICA SRL da ogni responsabilità da perdita, distruzione e/o deterioramento degli stessi ai sensi dell'attuale normativa sulla Privacy.

Il ritiro degli esami è previsto dal lunedì al venerdì dalle 14.00 alle 16.00

Firma del paziente

Firma di chi riceve la delega
(personale Radiologia)

Firma del delegato

Mod. 07.54 rev 6 del 29/08/2023