

### 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 7 del 23/03/2026

### 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 7 del 23/03/2026