

DELEGA RITIRO REFERTI

Il sottoscritto nato/a a il

C.F. Indirizzo residenza

Documento di identità N° rilasciato da

in data

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false ai sensi del D.P.R. 445/2000 ed informato/a ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, sotto la propria responsabilità

DELEGA

Nome e cognome nato/a a il

C.F. documento di identità n°

Indirizzo residenza

al ritiro di documenti, referti ed esiti relativi al seguente accertamento diagnostico

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e Data

Il/La dichiarante (firma per esteso e leggibile)

- ☐ Allega fotocopia del seguente documento d'identità in corso di validità
- ☐ Ha sottoscritto in presenza del dipendente addetto, previa esibizione di documento di riconoscimento.