

**MODULO DI DELEGA RITIRO REFERTI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_

**AD EFFETTUARE IL RITIRO DEL REFERTO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Allegare fotocopia del documento di identità della persona che delega.

I trattamenti dei dati personali, nell'ambito delle attività dello sportello on line, avvengono con le modalità descritte nell'informazione ai sensi dell'art. 13 e 14 del regolamento europeo (UE 2016/679), pubblicate nel portale aziendale (<https://www.aulss6.veneto.it/Privacy>)

**A SECONDA DELLE INDICAZIONI DELLO SPECIALISTA  
PER IL RITIRO RIVOLGERSI PRESSO:**

MINICUP Poliambulatori Sede Ospedali Riuniti Padova	L'accesso è consentito da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00
CUP di Conselve	L'accesso è consentito da lunedì a venerdì 8.00 – 17.00, il sabato 8.00 –12.00

Il referto del delegante è stato ritirato dalla persona delegata e sono state verificate le identità

Data di consegna del referto .....L'operatore .....