



Casa di Cura
Madre Fortunata
Toniolo

MODULO

**DELEGA RITIRO ESAMI
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

NB. PER IL RITIRO DEGLI ESAMI OCCORRE:
LA FOTOCOPIA SIA DEL DOCUMENTO DI
RICONOSCIMENTO DEL DELEGATO SIA DI QUELLO
DEL DELEGANTE

Con la presente, io sottoscritto/a **(Delegante)**

Nome Cognome

chiedo che gli esami di TAC - RMN da me effettuati in data

vengano ritirati dal Sig./Sig.ra **(Delegato)**

Nome Cognome

Esonerando la Casa di Cura da qualsiasi responsabilità relativamente alla diffusione dei dati personali ai sensi della legge sulla privacy nr. 196/2003.

Bologna lì, Firma

Io Sottoscritto/a dichiaro di aver ritirato una busta contenente quanto sopra indicato e di consegnarla integra all'interessato.

Bologna lì, Firma

ORARI PER IL RITIRO DEI REFERTI

_____	DALLE ORE 14.00 ALLE ORE 18.00
GIORNI A SEGUIRE	DALLE ORE 09.00 ALLE ORE 18.00
SABATO	DALLE ORE 09:00 ALLE ORE 12:00