

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a a.....il

Residente a.....

Documento di riconoscimento del delegante.....N°.....

Consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.26 L.15/68 in caso di dichiarazioni mendaci (false), in ottemperanza al D. Lgs.196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e con ciò sollevando l'amministrazione da ogni responsabilità

DELEGO

Il/la Sig.ra*

Nato/ail.....

Residente a.....

al ritiro dei risultati degli esami di diagnostica, da me effettuati presso la Rugani Hospital il giorno in quanto impossibilitato/a provvedere personalmente.

Firma del delegante

.....

Documento di riconoscimento del delegato.....N°.....

Data

Firma del delegato

.....

* N.B. La persona delegata al ritiro degli esami deve presentarsi munita di un proprio documento di riconoscimento.

**ORARIO PER IL RITIRO DEGLI ESAMI
DAL LUNEDI AL VENERDI**
MATT.: DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 13.30
POM. :DALLE ORE 15,00 ALLE ORE 18,00

RITIRO PER IL GIORNO: