

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.101/2018 e Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679 (GDPR) e con ciò sollevando l'amministrazione da ogni responsabilità

**DELEGO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ .il \_\_\_\_\_

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 DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 19.30**  
**SABATO DALLE ORE 08,30 ALLE ORE 13,30**

RITIRO PER IL GIORNO: