



Ospedale
San Camillo - Trento

MODULO

CODICE	MOAS_742
REVISIONE	1
DATA	01/06/2020
PAGINA	1 di 1

**DELEGA PER RICHIESTA E RITIRO
DOCUMENTAZIONE AMBULATORIALE**

Il/la sottoscritto/a

Sig./a

Nato/a a il

Residente a CAP

Via/Piazza N°

Allega copia del documento di riconoscimento:

Tipo _____ n. scadenza ___ / ___ / ___

CHIEDE LA STAMPA DI:

- Referto
- CD immagini radiologiche (*presentarsi presso il Servizio Radiologia esibendo la fattura del pagamento del CD effettuato presso la cassa all'ingresso dell'Ospedale*)

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra

Nato/a a..... il CF _____

a presentare questa richiesta e ritirare la documentazione

In fede _____

Trento, ___ / ___ / ____

La persona delegata deve presentarsi con questo modulo e fotocopia del documento d'identità del delegante e un proprio documento di riconoscimento valido.

Tutti i dati sono raccolti nel rispetto della normativa sulla privacy GDPR 2016/679 e D.Leg. 196/2003