



Ospedale  
San Camillo - Trento

MODULO

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| <b>CODICE</b>    | <b>MOAS_742</b> |
| <b>REVISIONE</b> | <b>1</b>        |
| <b>DATA</b>      | 01/06/2020      |
| <b>PAGINA</b>    | 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