

MODULO DI RITIRO REFERTI - DELEGA

Autorizzo la persona, munita del presente tagliando da me sottoscritto, al ritiro dei referti degli esami cui mi sono sottoposto, sollevando Smart Clinic S.p.A. da qualsiasi responsabilità.

Paziente (*nome e cognome*) _____

Data di nascita _____

Data: _____

Firma del Paziente: _____ Documento n°: _____

Firma del Delegato: _____ Documento n°: _____

DELEGA – GENITORE DI MINORE / TUTORE / EREDE

Dichiarazione sostitutiva di certificazione per il ritiro della documentazione clinica (Art. 46 D.P.R.
28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a: _____

Estremi del documento identificativo:

Carta d'identità Patente Passaporto

N° _____ rilasciato da _____ il _____

Consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara di essere:

Il genitore del minore

Il tutore / curatore

L'erede del deceduto

Smart Clinic S.p.A.

Sede Legale: Via Senato 12 – 20121 Milano (MI)
C. F., P.IVA e Reg. Imprese 13184960964 – Numero REA MI-2707520
Iscr. Registro Imprese di MILANO MONZA BRIANZA LODI
Capitale Sociale € 1.250.000,00 i.v.
Pec: smartclinic@pec.it

Del/lla Sig./ra: _____

Nato/a a: _____ (____) il: _____

CHIEDE

di ritirare la documentazione clinica relativa alla prestazione ambulatoriale.

Data: _____

Firma: _____

DELEGA

Autorizzo la persona munita del presente tagliando da me sottoscritto, al ritiro delle copie degli esami, sollevando Smart Clinic S.p.A. da qualsiasi responsabilità.

Firma del Genitore / Tutore / Erede: _____ Documento n°: _____

Firma del Delegato: _____ Documento n°: _____

I dati saranno trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 679/2016 (GDPR).

N.B.: In caso di delega è obbligatorio allegare copia del documento del titolare e del delegato

Smart Clinic S.p.A.

Sede Legale: Via Senato 12 – 20121 Milano (MI)
C. F., P.IVA e Reg. Imprese 13184960964 – Numero REA MI-2707520
Iscr. Registro Imprese di MILANO MONZA BRIANZA LODI
Capitale Sociale € 1.250.000,00 i.v.
Pec: smartclinic@pec.it