

Il sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... a ..... prov. ....  
residente a ..... cap ..... via..... n. .... prov.....  
CF..... Tel. .... mail .....

in qualità di  intestatario  erede dell'intestatario  
 esercente la responsabilità genitoriale  tutore / curatore dell'intestatario

**DATI DELL'INTESTATARIO (se diverso dal richiedente)**

Cognome ..... Nome .....  
nato/a il ..... a ..... CF.....

**RICHIESTE COPIA DELL'ESAME RADIOLOGICO:**

Eseguito presso la vostra struttura in data .....  
Reso/a edotto/a delle possibili opzioni in ordine alla consegna della documentazione sanitaria  
richiesta, **DICHIARA** di optare per

- RITIRO ALLO SPORTELLO (costo: 16,10€)
- SPEDIZIONE con raccomandata A/R (costo: 32,21€)
- DELEGA il sig./la sig.ra ..... nato/a il ..... a .....  
documento di riconoscimento..... (del delegato che si presenta), a provvedere al  
ritiro dei referti e della documentazione in busta chiusa sollevando la casa di cura Villa Maria da ogni responsabilità  
da perdita, distruzione, deterioramento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679  
("GDPR") in materia privacy di dati personali e sensibili.

Data .....

Firma .....

**SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE**

Il paziente passerà a ritirare l'esame a partire dal giorno.....

**A CURA DEL PERSONALE ACCETTAZIONE**

Copia consegnata a	Controllo documento	Data	Firma operatore