

COGNOME _____ NOME _____
 N. ESAME _____

ORARIO RITIRO ESITI
 dalle ore ____ alle ore ____ del giorno ____
 i giorni successivi dalle ore ____ alle ore ____ e dalle ore ____ alle ore ____ (dal ____ al ____)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____, il _____, documento di riconoscimento n. _____ rilasciato da _____ il _____ (eventualmente) in qualità di _____ (es. genitore, tutore, amministratore di sostegno) di _____, giusta autocertificazione¹ allegata

DELEGA

_____, nato/a a _____, il _____, documento di riconoscimento n. _____ rilasciato da _____, il _____, al **ritiro del referto / copia CD** relativo all'esame di _____, n. _____, eseguito il _____, oltre a tutti gli esami precedentemente consegnati, esonerando Centro Diagnostico Signa Srl a Socio unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alliance Medical Italia s.r.l., da qualsiasi responsabilità.

_____, Li ___ / ___ / ___ **Firma Delegante** _____

DA COMPILARE AL RITIRO ESAMI ED EVENTUALI ESAMI PRECEDENTI

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver ricevuto (barrare le caselle corrispondenti):

- il referto e le immagini relative all'esame n. _____
 tutti gli esami precedentemente consegnati al centro diagnostico

_____, Li ___ / ___ / ___ **Firma** _____

ATTENZIONE

Gli esiti verranno consegnati esclusivamente al **paziente** munito di documento di identità valido o ad altra persona in possesso della presente **delega** debitamente compilata e sottoscritta, nonché corredata da copia di un documento di identità valido del delegante e del delegato da esibire all'addetto. In caso di **paziente minore/incapace/beneficiario di amministrazione di sostegno**, gli esiti verranno consegnati al soggetto che ne esercita legalmente la rappresentanza munito di documento di identità valido e di **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE della qualità di legale rappresentante/tutore/amministratore di sostegno**¹.

Il legale rappresentante potrà delegare al ritiro un'altra persona purché in possesso della presente delega debitamente compilata e sottoscritta, nonché corredata da copia di un documento di identità valido del delegante e del delegato da esibire all'addetto e della **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE della qualità di legale rappresentante/tutore/amministratore di sostegno**¹.

In assenza delle predette condizioni, non si potrà procedere alla consegna della documentazione sanitaria richiesta.

Questo modulo (*Promemoria Ritiro Esami e Delega*) può essere scaricato qui:
<https://www.alliancemedical.it/modulistica>
 (selezionare il Centro di riferimento)



L'Autocertificazione può essere scaricata qui:



¹ È possibile scaricare l'Autocertificazione utilizzando il QR code riportato in calce al presente modulo.