

Modulo di richiesta – Ritiro referti

Intestatario del referto

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il ___/___/_____
Indirizzo _____ n. _____ Città _____
Cap _____ Provincia _____ Telefono _____
Documento di identità _____ N. _____
Rilasciato da _____

Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il ___/___/_____
Indirizzo _____ n. _____ Città _____
Cap _____ Provincia _____ Telefono _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la patria potestà Tutore* Curatore* Amministratore di sostegno*
 Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)
 Altro, specificare _____

* (Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

Referto per prestazione/i effettuata /e in data _____ presso l'ambulatorio di _____

Modalità di ritiro

- Presso Punto Servizi Via Ascanio Persio, Matera
 a domicilio con costo di spedizione a carico del destinatario presso il seguente indirizzo

Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Provincia (_____)

NB. In caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario, il delegato dovrà presentare:

- 1) delega 2) ricevuta di pagamento se non esente, 3) copia del documento di identità del delegante 4) proprio documento di identità.

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____

Firma (leggibile) _____