



PER IL RITIRO DEL REFERTO OCCORRE ESIBIRE IL PRESENTE FOGLIO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ ESAME RICHIESTO \_\_\_\_\_

N° referto \_\_\_\_\_

*Data ritiro: 10 giorni lavorativi*

**ORARIO RITIRO REFERTI:**

dal lunedì al venerdì dalle ore **11.30** alle ore **13.00**  
 il martedì e il venerdì dalle ore **16.30** alle ore **17.30**  
 sabato e pre-festivi dalle ore **11.30** alle ore **13.00**

**TEL. 0874 409290**

Il rilascio dei referti avviene direttamente al paziente o a persona da esso espressamente **DELEGATA** esclusivamente previa esibizione della presente ricevuta opportunamente compilata in tutte le sue parti, in osservanza ai Regolamenti nazionali ed Europei in materia di Privacy.

**N.B. Il mancato ritiro da parte dell'interessato, entro 90 giorni dalla data del referto, comporta l'addebito della prestazione effettuata a tariffa intera e non come quota ticket (Legge n° 407 del 29/12/90 – art- 5.8)**

\*\*\*\*\*

**DELEGA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento di identità n° \_\_\_\_\_

**delego al ritiro**

Il/la Signor/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento di identità n° \_\_\_\_\_,

previo accertamento della sua identità, a ritirare per me il referto degli esami effettuati in questo laboratorio. Il presente documento esonera questa struttura da ogni responsabilità relativa al rilascio del referto.

Campobasso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma Delegante**

\_\_\_\_\_