



Villa Serena Via del Camaldolino n° 8
47121 Forlì Telefono 0543.454111

Villa Igea V.le A. Gramsci 42 - 47122
Forlì Telefono 0543.419511

Villa Orchidee Via Balducci 38 – 47121
Forlì Telefono 0543.454225

Referti di qualsiasi tipo di esame effettuato, vanno **ritirati il giorno indicato dal medico o dagli operatori**.
All'atto del ritiro è **necessario esibire un documento di identità**.

Ritiro documentazione sanitaria

Dal **Lunedì** al **Venerdì** dalle ore **08:00** alle ore **18:00**

ed il **Sabato** dalle ore **08:00** alle ore **12:00** (PRESSO accettazione/informazioni/sportelli)

Servizio di endoscopia Villa Serena

esami istologici dal lun al ven dalle ore **12** alle ore **14** (presso ambulatorio 26)

Conferimento delega

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente _____

(ovvero in caso di minori o di persone non autosufficienti)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente _____

In nome e per conto del minore/Sig./Sig.ra _____

In qualità di esercente la potestà genitoriale/la tutela/la curatela/l'amministrazione di sostegno sul
soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta.

Delego

il Sig./Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente _____

Estremi del documento d'identità _____

Al ritiro della copia di:

Referti di analisi di laboratorio/indagini diagnostiche eseguite in data _____

Copia conforme di cartella clinica relativa al ricovero dal _____ al _____
presso il reparto di _____

Altro _____

Data _____ In fede _____

Spazio riservato all'ufficio

In data _____ si consegna la documentazione di cui sopra alla persona delegata. *E' stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato.*

Firma _____

Spazio riservato al delegato

Ospedali Privati Forlì la informa che il trattamento dei suoi dati personali ai sensi dell'art 13 e 14 del reg.UE 2016/679, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti per le finalità del ritiro della documentazione sanitaria di cui sopra. L'informativa in forma estesa relativa al trattamento dei dati è disponibile sul sito www.ospedaliprivatiforli.it

Firma del delegato per ricevuta e presa visione informativa trattamento dati _____

N.B.: Al presente modulo devono necessariamente essere allegati le copie dei documenti di identità del delegante e del delegato. Il modulo di delega non può essere utilizzato per il ritiro del referto relativo all'HIV, che potrà essere ritirato esclusivamente dal diretto interessato esibendo un documento di identità