



**Istituto Clinico
Beato Matteo**

Gruppo San Donato

MODULO RITIRO REFERTO

Egregio Sig./Sig.ra _____

Il referto dell'esame _____ del ____/____/____ da Lei eseguito presso il nostro Istituto, potrà essere **RITIRATO** a decorrere dal ____/____/____:

- ☐ presso Portineria dalle ore 10.00 alle 20.00, dal Lunedì al Venerdì e il Sabato dalle ore 10.00 alle 16.00;

Il referto potrà essere ritirato da Lei direttamente, da persona munita di apposita delega o da chi ne esercita la legale rappresentanza **al massimo entro 30 giorni successivi alla data prevista, presentandosi con valido documento d'identità.**

Il Sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

**consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi
DICHIARA**

- ☐ di essere intestatario del referto sopra indicato;
☐ di essere delegato (di cui alla delega sotto riportata);
☐ di essere titolare della responsabilità genitoriale dell'intestatario del referto sopra indicato (**presentare copia del proprio documento d'identità***);
☐ di essere tutore/curatore/amministratore di sostegno dell'intestatario del referto sopra indicato (**presentare copia del proprio documento d'identità***).

FIRMA AL RITIRO

Data _____

Firma _____

DELEGA RITIRO REFERTI

Il Sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

DELEGA

al ritiro del sopraindicato referto, la seguente persona di fiducia*:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Carta di identità n. _____ rilasciata il _____ da _____ con
data di scadenza _____

La delega deve essere accompagnata da:

- fotocopia del documento di identità del delegante
- documento identificativo del delegato.

Data _____

Firma del delegante _____

**NEL CASO DI PERSONA DIVERSA DAL PAZIENTE sono consapevole che Istituti Clinici Pavia e Vigevano S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento dei dati, tratterà i miei Dati Personali al fine di gestire la richiesta da me presentata. L'informativa completa ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 è disponibile al link <https://www.grupposandonato.it/strutture/istituto-clinico-beato-matteo/richiesta-documentazione-clinica> e in formato cartaceo presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.*

Istituto Clinico Beato Matteo

Soggetta a direzione e coordinamento di Gruppo San Donato S.p.A.

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro UNI ISO 45001:2018 certificato da Certiquality

Corso Pavia 84 – 27029 Vigevano (PV)

Tel. +39 0381.3011 | Fax 0381301207 | info.icbm@grupposandonato.it

di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it

Modulo ritiro referti ICBM-rev.2.2025