

|  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
|  | <b>Promemoria Ritiro Esami e Delega</b> | Mod.05.7                          |
|  |   | Rev.5<br>Aggiornato al 12/02/2021 |
|  |   | Pag. 1 di 1                       |

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 N. ESAME \_\_\_\_\_

|   |
|---|
| <b>ORARIO RITIRO ESITI</b><br>dalle ore ____ alle ore ____ del giorno ____<br>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 autocertificazione<sup>1</sup> 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 Alliance Medical Diagnostic s.r.l. 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**<sup>1</sup>.

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**<sup>1</sup>.

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

|   |  |
|---|--|
| Questo modulo ( <i>Promemoria Ritiro Esami e Delega</i> ) può essere scaricato qui:<br><a href="https://www.alliancemedical.it/modulistica">https://www.alliancemedical.it/modulistica</a><br><i>(selezionare il Centro di riferimento)</i> | L'Autocertificazione può essere scaricata qui:                                       |
|    |  |

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