

P.R.E.S. srl Unipersonale

VIA MILANO 122

21019 SOMMA LOMBARDO

TEL. 0331256129 / FAX. 0331250805

SITO: www.pressommalombardo.it / MAIL: info@pressommalombardo.it

Codice	Descrizione	Data ritiro

**RITIRO ESAMI IL GIORNO INDICATO DALLE ORE 12.30 ALLE ORE 16.30
(NEI GIORNI SEGUENTI DALLE ORE 09.00 ALLE ORE 16.30 ESCLUSO IL SABATO E FESTIVI)**

Il sottoscritto _____ ha ritirato gli esami in data _____

Firma _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art.7,11,13 e 26 del D.Lgs.196/03, ed esprime il consenso al trattamento di propri dati personali/sensibili per le finalità precisate:

- I Vostri dati vengono/verranno trattati in relazione alle esigenze di servizio ed agli adempimenti degli obblighi legali e fiscali.
- Il trattamento dei dati avviene/avverrà mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di strumenti elettronici.
- Per quanto concerne i dati che siamo obbligati a conoscere, al fine di adempiere agli obblighi di legge, il loro mancato conferimento da parte Vostra comporta l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto, nei limiti in cui tali dati sono necessari all'esecuzione dello stesso; mentre per i dati che non siamo obbligati a conoscere, il loro mancato ottenimento sarà da noi valutato di volta in volta.
- I Vostri dati non verranno diffusi, mentre potranno essere da noi comunicati ai soggetti incaricati del loro trattamento all'interno della nostra Società o delle strutture pubbliche sanitarie ns. clienti.

Autorizza l'azienda ad effettuare tutti i trattamenti sopra indicati fino a quando ritenuto utile dall'azienda stessa e comunque non oltre alla propria eventuale richiesta di cancellazione dei dati.

DELEGA PER IL RITIRO

Il sottoscritto _____ Documento d'Identità _____

DELEGA

Il Sig./La Sig.a _____ Documento d'Identità _____

al ritiro degli esami effettuati in data _____ c/o questo Istituto

Firma di chi delega _____ Data _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela.

Firma di chi ritira _____ Data _____

**N.B.: L'OPERATORE NON E' AUTORIZZATO A CONSEGNARE IL REFERTO SE ALLA PRESENTE DELEGA
NON VIENE ESIBITO DOCUMENTO DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE, ALMENO IN COPIA**