



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE BA

Lungomare Starita, 6 , 70123 BARI

P.I./ C.F. 06534340721

Modulo di richiesta - Ritiro referti

Intestatario del referto

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il ___/___/_____
Indirizzo _____ n. _____ Città _____
Cap _____ Provincia _____ Telefono _____
Documento di identità _____ N _____
Rilasciato da _____

Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il ___/___/_____
Indirizzo _____ n. _____ Città _____
Cap _____ Provincia _____ Telefono _____
Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

Genitore esercente la patria potestà Tutore* Curatore* Amministratore di sostegno*
Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)
 Altro, specificare _____
• (Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)

Referto per prestazione/i effettuata /e in data _____ presso l'ambulatorio di

Modalità di ritiro

Presso ambulatori dove è stato effettuato l'esame
 a domicilio con costo di spedizione a carico del destinatario presso il seguente indirizzo
Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Provincia _____
(_____)

NB. In caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario, il delegato dovrà presentare:

- 1) **delega**
- 2) **ricevuta di pagamento**
- 3) **copia del documento di identità del delegante**
- 4) **proprio documento di identità.**

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data _____ Firma (leggibile) _____