

SERVIZIO SANITARIO-REGIONE SARDEGNA  
P.O. SAN MARTINO - ORISTANO  
**U.O.D. DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA**  
Responsabile Dott.ssa Federica Miculan  
0783-320081/82

Quando il referto non può essere ritirato dalla persona interessata è necessario che questa deleghi altro soggetto che, per ottenere il referto, deve presentarsi munito:

- del presente modulo compilato in ogni sua parte
- di un proprio documento di riconoscimento (in corso di validità)
- dell'originale o fotocopia del documento di identità del delegante

**ATTENZIONE:**

Ai sensi e per gli effetti della normativa in materia di tutela della riservatezza e protezione dei dati personali e sensibili (atti cioè a rivelare lo stato di salute di un soggetto) gli operatori impiegati presso gli sportelli non possono attuare alcuna deroga.

Pertanto il delegante e la persona delegata sono invitate a prestare attenzione nella compilazione di questo modulo e nella presentazione dei documenti necessari al ritiro del referto (da compilare a cura del *delegante*, cioè chi delega).

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, (cognome e nome)

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a

\_\_\_\_\_ (comune) in via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in possesso del documento di riconoscimento:

CARTA DI IDENTITA' N. \_\_\_\_\_

PATENTE DI GUIDA N. \_\_\_\_\_

PASSAPORTO N. \_\_\_\_\_

**DELEGA**

**il/la sig./ra** \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

munito/a del seguente documento di riconoscimento in corso di validità:

CARTA DI IDENTITA' N. \_\_\_\_\_

PATENTE DI GUIDA N. \_\_\_\_\_

PASSAPORTO N. \_\_\_\_\_

**AL RITIRO DEL/I REFERTO/I RELATIVO/I AD INDAGINI ENDOSCOPICHE O  
REFERTI ISTOLOGICI.**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del delegante

\_\_\_\_\_