



Casa di cura "VILLA SERENA" S.p.A.
CENTRO DI RIABILITAZIONE
CARDIOCIRCOLATORIA, RESPIRATORIA,
NEUROMOTORIA E LUNGODEGENZA
Direttore Sanitario: Dott. Gian Piero ICARDI
10045 PIOSSASCO, Via Magenta 45
Telefono: 011/90.39.888(centralino) – 011/90.39.820 (prenotazioni)
E-mail: posta@villaserenapiossasco.it
Sito Internet: <http://www.villaserenapiossasco.it>

**MODULO
AMB05**

**Rev. 1
16/01/2024**

MODULO PER DELEGA RITIRO REFERTI

Delegante

Il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ prov. (_____) il _____

DELEGA

Delegato

Il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ prov. (_____) il _____

al ritiro dei referti eseguiti in data _____ relativi a:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> esami Rx | <input type="checkbox"/> ecografie | <input type="checkbox"/> densitometrie | <input type="checkbox"/> TAC |
| <input type="checkbox"/> esami di laboratorio | <input type="checkbox"/> spirometrie | <input type="checkbox"/> holter | |

Data _____

Firma del delegante _____

Firma del delegato _____

Nota: i referti verranno consegnati al delegato munito di:

- modulo di delega debitamente compilato
- documento personale di riconoscimento in corso di validità
- documento di riconoscimento del delegante in corso di validità (originale o copia)

Attenzione: questo modulo non potrà essere utilizzato per il ritiro dei referti relativi all'HIV ed al test di gravidanza, che potranno essere consegnati esclusivamente all'interessato munito di documento personale di riconoscimento in corso di validità.