



Direttore Sanitario: Dott. Sergio Caramalli

## DELEGA RITIRO REFERTI SANITARI

Il /La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il.....  
residente a ..... Via .....

### DELEGA

il Sig./Sig.ra.....  
nato/a a ..... il .....  
al ritiro dei seguenti referti .....

#### **ATTENZIONE**

- **Allegare fotocopia del documento d'identità valido del delegante**
- **Il delegato deve essere maggiorenne e munito di un proprio documento d'identità**

#### **INFORMATIVA AI SENSI DEL DLGS 196/2003**

##### FINALITÀ E MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali forniti con il presente modulo (di seguito "Dati") saranno trattati esclusivamente ai fini del ritiro dei referti sanitari (di seguito "Servizio").

Il trattamento dei Dati avverrà con modalità cartacee e/o elettroniche.

##### CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE MANCATO CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Dati è sempre facoltativo. Tuttavia, in mancanza dei Dati, la delega risulterà essere non valida e il Servizio richiesto non potrà essere erogato.

##### SOGGETTI CHE POSSONO VENIRE A CONOSCENZA DEI DATI

I Dati raccolti con il presente modulo potranno essere trattati da incaricati del trattamento, anche esterni, preposti alla gestione del Servizio richiesto e dal/i Responsabili del trattamento.

##### TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è FCA Se.p.In. s.c.p.a., con sede in Via Plava 86 – 10135, Torino.

##### I DIRITTI DELL'INTERESSATO

Ai sensi dell'Art. 7 del D. lgs. 196/2003 è diritto dell'interessato accedere ai Dati, ottenerne senza ritardo l'aggiornamento o la cancellazione per eventuali trattamenti in violazione di legge, nonché richiedere l'elenco completo ed aggiornato di tutti i Responsabili del trattamento, scrivendo a FCA Se.p.In. s.c.p.a. - Via Plava 86 – 10135, Torino.

**Luogo e data.....**

**Firma del Delegante..... Firma del Delegato.....**

**ORARIO RITIRO ESAMI**

**7.30 - 19.00**

**dal lunedì al venerdì**

**CASSA PIANO TERRA SPORTELLO N. 7**

**\*\*\*\*\***

**La consegna dei referti avverrà esclusivamente  
previa presentazione del presente modulo**



**C.so Massimo d'Azeglio, 25  
10126 TORINO  
Tel. 011.00.66880**