



SocialSalute.it

### DELEGA per il ritiro della documentazione Sanitaria

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_  
nato/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
residente in: \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_  
Cell.: (+39) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### AUTORIZZA

La società *NEWCARE S.r.l.s.* con sede legale in via *Giuseppe La Farina n. 11, 90141 Palermo*,  
P.I. : 06565730824,

al RITIRO della seguente documentazione:  
(segnare la documentazione richiesta)

Ricetta medica:

Dott. / Dott.ssa : \_\_\_\_\_ in via: \_\_\_\_\_

Referto medico: \_\_\_\_\_  
 Cartella clinica

Presso la Struttura: \_\_\_\_\_

via: \_\_\_\_\_

### e CONSEGNA

Via: \_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13 D. Lgs 196/2003).

Firma

\_\_\_\_\_

Allegare documento di riconoscimento Carta D'Identità e Codice Fiscale e inviare i documenti all'indirizzo email: [delega@socialsalute.it](mailto:delega@socialsalute.it)



SocialSalute.it