



Gent. Signore / Signora,

L'esito **dell'esame istologico a cui è stato/a sottoposto/a** oggi presso le Cliniche Gavazzeni potrà essere ritirato nella data che Le verrà comunicata telefonicamente dal personale della CONSEGNA REFERTI. Il Ritiro Referti si trova in prossimità del parcheggio di Humanitas Gavazzeni, all'inizio del viale d'ingresso dell'ospedale, accessibile da Via Europa.

Se non potrà ritirare personalmente i Suoi referti, La preghiamo di compilare la presente delega e di consegnarla alla persona che verrà alle Cliniche Gavazzeni a ritirarli per Lei.  
In questo modo avremo la certezza di consegnare gli esiti ad una persona di Sua fiducia, garantendoLe una migliore tutela della segretezza dei Suoi dati personali, così come richiesto anche dal D.Lgs. 196/03 - Codice Privacy.

**DELEGA**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ delega il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ al ritiro dei referti delle prestazioni cui si è sottoposto/a, sollevando le Cliniche Gavazzeni da qualsiasi responsabilità.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Per un periodo massimo di 90 giorni i referti, che devono comunque essere ritirati entro 30 giorni dalla data di esecuzione della prestazione, resteranno a disposizione del paziente presso la CONSEGNA REFERTI, scaduto tale termine verranno inviati all'archivio della struttura e potranno essere messi a disposizione del paziente entro 10 gg. lavorativi dalla data della richiesta.



Gent. Signore / Signora,

L'esito **dell'esame istologico a cui è stato/a sottoposto/a** oggi presso le Cliniche Gavazzeni potrà essere ritirato nella data che Le verrà comunicata telefonicamente dal personale della CONSEGNA REFERTI. Il Ritiro Referti si trova in prossimità del parcheggio di Humanitas Gavazzeni, all'inizio del viale d'ingresso dell'ospedale, accessibile da Via Europa.

Se non potrà ritirare personalmente i Suoi referti, La preghiamo di compilare la presente delega e di consegnarla alla persona che verrà alle Cliniche Gavazzeni a ritirarli per Lei.  
In questo modo avremo la certezza di consegnare gli esiti ad una persona di Sua fiducia, garantendoLe una migliore tutela della segretezza dei Suoi dati personali, così come richiesto anche dal D.Lgs. 196/03 - Codice Privacy.

**DELEGA**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ delega il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ al ritiro dei referti delle prestazioni cui si è sottoposto/a, sollevando le Cliniche Gavazzeni da qualsiasi responsabilità.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Per un periodo massimo di 90 giorni i referti, che devono comunque essere ritirati entro 30 giorni dalla data di esecuzione della prestazione, resteranno a disposizione del paziente presso la CONSEGNA REFERTI, scaduto tale termine verranno inviati all'archivio della struttura e potranno essere messi a disposizione del paziente entro 10 gg. lavorativi dalla data della richiesta.