

Direttore Sanitario
Dott. Roberto Pedrazzoli

DELEGA per il ritiro della documentazione sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____
Nato a _____
Residente in _____
Via _____ N. _____
Codice Fiscale _____

DELEGA

Il /La Sig./Sig.ra _____
Nato/a _____ il _____
Residente in _____
Via _____ N. _____
Codice Fiscale _____

AL RITIRO DELLA seguente documentazione - referti

LUOGO e DATA

FIRMA (leggibile) DEL DELEGANTE

N.B: Si allega alla presente fotocopia del documento di identità del delegante.