

DELEGA AL RITIRO REFERTI MEDICI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____, CAP _____, Città _____

Codice fiscale _____

Documento d'identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____, CAP _____, Città _____

Codice fiscale _____

Documento d'identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

al ritiro dei propri referti medici.

Piove di Sacco, lì _____

(firma del delegante)

Nota: i referti verranno consegnati al delegato munito di documento personale di riconoscimento in corso di validità.

Si allegano: copia di un documento d'identità valido del delegante
 copia di un documento d'identità valido del delegato

I dati saranno trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.