DELEGA PER RITIRO DOCUMENTAZIONE

RITIRO DI REFERTO/DOCUMENTAZIONE DI INDAGINE STRUMENTALE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov._____, il_____/_____/_____, CF_____, residente in Via _____n. Comune _____, Prov. _____, in qualità di titolare della documentazione sanitaria richiesta ,

DELEGA

al ritiro del referto di: □ esami di laboratorio, □ esame Diagnostica per immagini, □ cartella clinica di intervento, relativo alla prestazione ricevuta in data _____presso la Vostra struttura, la/il Signora/e :

NOME_____ COGNOME_____

Codice Fiscale _____

Ravenna,_____ Firma _____

NB allegare copia documento di identità del delegante in corso di validità

Parte relativa al ritiro a cura della accettazione della struttura

Tipo di documento _____

Rilasciato da _____

Numero _____

Oppure fotocopia allegata

FIRMA DEL DELEGATO PER ATTESTAZIONE DEL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

Firma persona delegata_____ Data _____