

MODULO RITIRO REFERTI

In caso di impossibilità di ritiro da parte del paziente, si prega di compilare la seguente

DELEGA

Il/la Sottoscritto/a _____

delega al ritiro del referto il/la sig./ra _____

nato/a a: _____ che dovrà esibire la presente delega unitamente ad un documento di identità.

Firma del paziente _____

Estremi del documento _____

**N.B.: PER IL RITIRO DEL REFERTO È INDISPENSABILE MOSTRARE IL
PRESENTE MODULO**
