

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Richiede copia di referto archiviato:

..... relativo a indagine/consulenza del
..... per il seguente uso:.....
.....

La copia del referto

θ deve essere inviata per posta

θ verrà ritirata e con il presente atto

DELEGA Il/la Sig./ra _____ Residente a _____
_____ via _____ n. _____ a ritirare la copia del
referto richiesta/e a codesto Poliambulatorio.

data _____ **firma dell'interessato** _____

Io sottoscritto/a impiegato/a incaricato/a _____ attesto che mi sono
personalmente accertata dell'identità della persona delegata al ritiro della copia del referto richiesta
dall'intestatario dello stesso Tipo di documento _____ Autorità che
l'ha rilasciato _____ Numero _____

firma dell'impiegato/a incaricato/ _____

firma della persona delegata _____

Il Direttore Sanitario:

concede copia del referto

non concede copia del referto

Il Direttore Sanitario _____