

	Delega per il ritiro dei referti medici	
Azienda di Servizi alla Persona ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE di PAVIA		

DELEGA PER IL RITIRO (ESAMI, FARMACI, VISITE, COPIA CARTELLA CLINICA)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

E residente in _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

DELEGA

ALLEGARE COPIA VALIDA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DELEGANTE

Il/La sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

E residente in _____

Via _____ n. _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

A richiedere e a ritirare (anche in busta aperta) a mio nome e per mio conto, la seguente documentazione:

- Esami di laboratorio:
- Referti medici
- Copia cartella clinica
- Altro, specificare: _____

Pavia _____,

Firma del Delegante

Firma del Delegato
