

DELEGA RITIRO DEI REFERTI

Io sottoscritto/a Nome Cognome _____

Che ho eseguito la seguente visita specialistica _____

Autorizzo

il signor/a _____

al ritiro del referto e/o documentazione sanitaria o di eventuali copie richieste.

LA PRESENTE DEVE ESSERE ACCOPAGNATA DA UN DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL PAZIENTE

Rodeano Basso, Data

Firma dell'interessato
