

RICHIESTA E DELEGA PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto

residente in via/piazza:

c.a.p. AT

documento di identità numero

RICHIESTE IL RILASCIO DELLA PROPRIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E DELEGA AL RITIRO DELLA STESSA:

Il/la Sig./ra

documento di identità numero

firma _____

AVVISO IMPORTANTE

LA PRESENTE DELEGA DEVE ESSERE RESTITUITA AL MOMENTO DEL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA, COMPILATA INSIEME AI DOCUMENTI D'IDENTITA' NON SCADUTI DEL PAZIENTE E DEL DELEGATO.

IN MANCANZA DI QUESTI DOCUMENTI
NON VERRA' CONSEGNA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA