

DELEGA PER IL RITIRO COPIA DEI REFERTI

Dati del paziente

- **Cognome e Nome:** _____
- **Luogo e Data di nascita:** _____ Prov. (___) ___ / ___ / _____
- **Codice Fiscale:** _____
- **Tipo di Documento d'identità:** _____ Numero: _____
- **Rilasciato da:** _____ In data: ___ / ___ / _____
- **Telefono:** _____
- **Email:** _____

(Allegare copia fronte/retro di un documento di identità valido del paziente)

Dati ESAME per il quale si richiede il ritiro:

- **Tipologia di esame:** _____
- **Data di esecuzione:** ___ / ___ / _____

Modalità di ritiro

Il ritiro è previsto esclusivamente nei seguenti orari:

- Dal Lunedì al Venerdì dalle ore 11:00 alle ore 13:00
- Il Martedì e il Venerdì dalle ore 14:00 alle ore 16:00

Riceverà un SMS di conferma appena il referto è pronto per il ritiro

DELEGA

Con la presente delego il/la Signor/a

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ PROV _____ IL ___ / ___ / _____

AL RITIRO DEL REFERTO RICHIESTO.

(Allegare copia fronte/retro di un documento di identità valido del delegato)

Lì _____, ___ / ___ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____