

DELEGA AL RITIRO DEI REFERTI AMBULATORIALI

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
_____ CAP _____ Prov. _____ tel. _____

N° del documento identificativo del Delegato

in qualità di:

- ☐ Intestatario delle indagini stesse
☐ Esercente la responsabilità genitoriale sull'Intestatario
☐ Tutore/Curatore/Affidatario dell'Intestatario

DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
_____ CAP _____ Prov. _____ tel. _____

N° del documento identificativo del Delegante

Al ritiro della refertazione ambulatoriale di cui alla presente delega unitamente alla consegna della **ricevuta fiscale della prestazione ambulatoriale, copia del documento di identità valido del delegato, copia del documento di identità valido del delegante.**

LUOGO, DATA

FIRMA DEL DELEGANTE
(INTESTATARIO DELLA REFERTAZIONE AMBULATORIALE)

LUOGO, DATA

FIRMA LEGGIBILE DEL DELEGATO
(SOGGETTO DELEGATO AL RITIRO)

indicare il numero del documento identificativo del Delegato

indicare il numero del documento identificativo del Delegante