



## DELEGA AL RITIRO DEI REFERTI Laboratorio analisi e Diagnostica per immagini

Il/La sottoscritto/a .....

Carta di identità n° ..... rilasciata da .....

**delega, in qualità di diretto interessato,**

il/la Sig. / Sig.ra .....

nato/a il ..... a .....

al ritiro dei referti dei propri esami specialistici e dell' eventuale documentazione clinica precedente consegnata per visione.

Data ..... Firma leggibile .....

Carta di identità del delegato n° ..... Rilasciata da .....

Il delegato dichiara di avere ricevuto anche la documentazione clinica precedente consegnata per visione.

Data ..... Firma leggibile del delegato al ritiro .....

*Il referto è normalmente pronto dopo 48 ore dall'esecuzione dell'esame.*

*Per maggiori informazioni in merito è possibile contattare il centralino al numero 0545 217111*

R/G05-45 Rev. 6