



## MODULO DI RICHIESTA DI INVIO DI REFERTI

---

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

Oppure il Tutore Legale del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

### RICHIEDE

l'invio dei propri referti medici:

A mezzo posta all'indirizzo: \_\_\_\_\_

Per posta elettronica all'indirizzo \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Forlì, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_