DELEGA AL RITIRO DEI REFERTI

Laboratorio analisi e Diagnostica per immagini

Io, sottoscritto/a _____

nato/a il _____a _____

Documento n° _____ rilasciata da _____.

delego il/la sottoscritto/a, in qualità di diretto interessato, al ritiro dei miei esami specialistici

il/la Sig. / Sig.ra……

nato/a il …… a ……

Documento del delegato n° …… rilasciato da ……

Firma leggibile del paziente ……

☐ Il delegato dichiara di avere ricevuto anche la documentazione clinica precedente consegnata per visione. (selezionare solo se è effettivamente avvenuta la consegna al momento del ritiro)

Data esame eseguito …… Tipo esame ……

……

Data ……

Firma leggibile del delegato al ritiro

……

Per informazioni e ritiro referto 0545-217111 dalle 08:00 alle 19:00 tutti i giorni