

**DELEGA AL RITIRO DEI REFERTI DI ESAMI ISTOLOGICI**

(tale modulo è indispensabile per il ritiro del referto da parte della persona delegata)

Il /La sottoscritto/a .....

Nato/a ..... il .....

**DELEGA**

Il/la Sig.re/ra .....

Nato/a ..... il .....

Al ritiro dei referti dei propri esami specialistici a cui è stato/a sottoposto/a in struttura e dell'eventuale documentazione clinica da me precedentemente consegnata alla struttura stessa.

**IL RITIRO SI EFFETTUA**

presso Accettazione Poliambulatorio piano 0  
Dal LUNEDI' al VENERDI' dalle ore 8 alle ore 19  
Il SABATO dalle ore 8 alle ore 12 Telefono 0546 671120

**ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DELEGANTE (PAZIENTE)**

Per qualsiasi motivo, se dopo 30 gg dall'esecuzione dell'esame il referto istologico non è ancora stato ritirato, verrà spedito a domicilio con raccomandata e ricevuta di ritorno con spesa a carico del destinatario

Data ...../...../.....

Firma leggibile del delegante

.....

**AL MOMENTO DEL RITIRO: SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE INCARICATO  
ALLA CONSEGNA DEL REFERTO**

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

Documento d'identità del delegato .....