



### MODULO DI DELEGA AL RITIRO DI REFERTI

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

#### DELEGA, in qualità di diretto interessato,

il Sig. / La Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

al ritiro dei referti dei propri esami specialistici effettuati presso questa struttura sanitaria.

Forlì, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Documentato di identità del delegato \_\_\_\_\_

Forlì, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)