



DELEGA RITIRO ESAME / REFERTO

DATI DEL PAZIENTE

COD. PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____
NATO/A _____ PROV _____ IL _____ / _____ / _____
CODICE FISCALE _____ DOC. IDENTITÀ TIPO _____ N. _____
RILASCIATO DA _____ IN DATA _____
TEL _____ EMAIL _____

Allegare copia fronte/retro del documento d'identità del paziente.

ESAME DA RITIRARE

TIPO DI ESAME _____
ESEGUITO IN DATA GG / MM / AAAA _____ / _____ / _____

DELEGA AL RITIRO

CON LA PRESENTE DELEGO IL/LA SIGNOR/A

COGNOME _____ NOME _____
NATO/A _____ PROV _____ IL _____ / _____ / _____

AL RITIRO DEL DUPLICATO RICHIESTO.

FIRMA DEL DELEGATO _____

Allegare copia fronte/retro del documento d'identità del delegato.

LI _____ , _____ / _____ / _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Il presente documento è disponibile sul sito web: www.studioecorad.it