



**Presidio di** .....

Cognome .....

Nome .....

Prelievo eseguito il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data ritiro referto \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ore .....

Il/La Sottoscritto/a ..... nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
a ..... Residente a .....  
via ..... n° .....

**DELEGA**

Il/la Sig./ra ..... nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
a ..... Residente a .....  
Via ..... n° ..... Tel .....

**AL RITIRO DEL REFERTO DI ESAMI AMBULATORIALI**

Il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma delegante .....

Firma delegato .....

Documento delegante .....

Documento delegato .....