

Tel. 0824-57416

DELEGA PER RITIRO CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritt.

nato/a il a Prov.()

residente inProv.()

alla via

Documento d'identificazione n.

ALLEGARE LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'

DELEGA

Il/la sottoscritt.

nato/a il a Prov.()

residente inProv.()

alla via

Documento d'identificazione n.

ALLEGARE LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'

Data

Firma
(Intestatario cartella clinica)

.....