



## MODULO DI DELEGA RITIRO REFERTI

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ in qualità di

- diretto interessato  
 genitore esercente la patria potestà del minore \_\_\_\_\_

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

### DELEGO

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

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

Documento:  Carta Identità  Patente  Passaporto - Numero \_\_\_\_\_

al ritiro della mia documentazione sanitaria/della documentazione sanitaria di mio/a figlio/a. Ne AUTORIZZO quindi la consegna all'intestatario della delega, sollevando il Poliambulatorio Medica da ogni eventuale responsabilità a questo relativa.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_