



MODULO DI DELEGA RITIRO REFERTI MAGGIORENNI

IMPORTANTE: il ritiro della documentazione sanitaria potrà essere effettuato personalmente dall'intestatario oppure da un suo incaricato previa esibizione di un documento di riconoscimento.

In caso di ritiro da parte di un delegato occorre presentare il presente modulo debitamente compilato, la copia del documento di identità del delegante e del delegato.

Io sottoscritto _____,

nato a _____ il _____,

residente a _____, via _____

DELEGO

Il/la Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

Documento: Carta Identità Patente Passaporto - Numero _____

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

Data ____/____/____

Firma _____

Poliambulatorio Privato MEDICA

Viale Minghetti n. 4 40017 San Giovanni in Persiceto (Bo) - **NUMERO UNICO DI PRENOTAZIONE E DISDETTE 051 6871080** –

Per informazioni tel 051 0221 fax 051 6871203

medica@medipass.it www.medicapoliambulatori.it

di El.Si.Da srl - Società a Socio Unico

Sede Legale: Via Minghetti n. 4 40017 San Giovanni in Persiceto (Bo)

R.I. C.F e P. Iva 01514181203 - R.E.A. n. 339793 - Capitale Sociale i.v. € 100.000,00 - Direzione e Coordinamento di KOS S.p.A. Art.249 bis c.c



MODULO DI DELEGA RITIRO REFERTI MINORI

IMPORTANTE: il ritiro della documentazione sanitaria di un minore può essere effettuato dal genitore esercitante la patria potestà, presentando il presente modulo debitamente compilato e la copia del proprio documento di identità, oppure da un suo incaricato.

In caso di ritiro da parte di un terzo delegato occorre presentare il presente modulo debitamente compilato, la copia del documento di identità del genitore delegante e del delegato.

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

in qualità di genitore esercente la patria potestà del minore _____

nato a _____ il _____

- ne ritiro la documentazione sanitaria sollevando il Poliambulatorio Medica da ogni eventuale responsabilità a questa relativa

Documento: Carta Identità Patente Passaporto - Numero _____

OPPURE

- delego il/la Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

Documento: Carta Identità Patente Passaporto - Numero _____

al ritiro 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 _____

Poliambulatorio Privato MEDICA

Viale Minghetti n. 4 40017 San Giovanni in Persiceto (Bo) - NUMERO UNICO DI PRENOTAZIONE E DISDETTE 051 6871080 –

Per informazioni tel 051 0221 fax 051 6871203

medica@medipass.it www.medicapoliambulatori.it

di El.Si.Da srl - Società a Socio Unico

Sede Legale: Via Minghetti n. 4 40017 San Giovanni in Persiceto (Bo)

R.I. C.F e P. Iva 01514181203 - R.E.A. n. 339793 - Capitale Sociale i.v. € 100.000,00 - Direzione e Coordinamento di KOS S.p.A. Art.249 bis c.c