	Mod.75D.17	Rev. 0	Data Revisione 11/08/08
	RITIRO REFERTO/ESAME		


COGNOME **NOME**

Il referto / esame può essere ritirato nel Poliambulatorio del Policlinico Italia a partire dal giorno nei seguenti orari:

I referti devono essere ritirati personalmente dall'utente o da persona munita di delega.

DELEGA	
Il/La sottoscritto/a	
Documento di identità'	N° rilasciato il
delega a ritirare il proprio referto / esame	
il/la sig.	
Documento di identità'	N° rilasciato il
Data	Firma
<i>Ai sensi del D. Leg. 196/03 autorizzo il trattamento dei miei dati personali.</i>	

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO	
IN DATA È STATA RITIRATA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:	
<input type="checkbox"/> dall'intestatario	<input type="checkbox"/> dal delegato
<input type="checkbox"/> dal genitore	<input type="checkbox"/> dal tutore/curatore/ammin. di sost.
FIRMA DELL'ADDETTO	FIRMA DI CHI RITIRA

	Mod.75D.17	Rev. 0	Data Revisione 11/08/08
	RITIRO REFERTO/ESAME		

COGNOME **NOME**

Il referto / esame può essere ritirato nel Poliambulatorio del Policlinico Italia a partire dal giorno nei seguenti orari:

I referti devono essere ritirati personalmente dall'utente o da persona munita di delega.

DELEGA	
Il/La sottoscritto/a	
Documento di identità'	N° rilasciato il
delega a ritirare il proprio referto / esame	
il/la sig.	
Documento di identità'	N° rilasciato il
Data	Firma
<i>Ai sensi del D. Leg. 196/03 autorizzo il trattamento dei miei dati personali.</i>	

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO	
IN DATA È STATA RITIRATA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA:	
<input type="checkbox"/> dall'intestatario	<input type="checkbox"/> dal delegato
<input type="checkbox"/> dal genitore	<input type="checkbox"/> dal tutore/curatore/ammin. di sost.
FIRMA DELL'ADDETTO	FIRMA DI CHI RITIRA