

## DA COMPILARE IN CASO DI RITIRO DEL REFERTO DA PARTE DEL PAZIENTE

REFERTO RITIRATO IN DATA \_\_\_\_\_ DAL PAZIENTE

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Il: \_\_\_\_\_

Residenza a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Domicilio a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Sigla operatore per presa visione  
Del doc. di riconoscimento del paziente

FIRMA DEL PAZIENTE

.....

.....

## DA COMPILARE IN CASO DI RITIRO DEL REFERTO DA PERSONA MUNITA DI DELEGA DEL PAZIENTE

Il/La sottoscritto/a

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Il: \_\_\_\_\_

Residenza a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Domicilio a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

### DELEGA al RITIRO DEL REFERTO

Il/la Sig./ra .....

Nato/a a .....il..... residente a .....

In via .....

al ritiro della seguente documentazione sanitaria: .....

.....

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PAZIENTE

.....

FIRMA DEL DELEGATO

.....

**Si allega copia dei documenti d'identità del paziente e del delegato**

**DA COMPILARE IN CASO DI RITIRO DEL REFERTO DA PARTE  
DEL GENITORE/TUTORE/CURATORE/TERZO DELEGATO**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione per il ritiro del referto

(art. 46 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... Il .....

Residente a .....

consapevole della responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in  
caso di dichiarazioni mendaci sotto la propria responsabilità

**DICHIARA DI ESSERE**

Il genitore

Il tutore/curatore

Terzo delegato

del/della Sig./Sig.ra ..... Nato/a il .....

e pertanto chiede di ritirare il referto dell'accertamento effettuato dal/dalla predetto/a

in data .....

Data, .....

FIRMA

.....

**Si allega copia del documento d'identità del firmatario.**