

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 ail..... 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.