

OSPEDALE
DI LEGNAGO

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

PUNTO PRELIEVI

DELEGA PER IL RITIRO REFERTI
DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DA PARTE DI PERSONA DIVERSA
DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____
Via _____ n. _____

D E L E G A

Al ritiro del referto relativo all'esame di _____
da me eseguito in data _____ presso l'Azienda ULSS 9 Scaligera - Ospedale
"Mater Salutis" di Legnago, la persona sotto indicata:

Sig./ra _____ nato/a a il _____

Firma del delegante _____ *(allegare copia di un documento di identità)*
OBBLIGATORIO

Firma del delegato _____ *(Esibire documento di identità)*



Da compilare in caso di
Ritiro REFERTI per conto di assistiti minorenni / interdetti

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____
Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000,

D I C H I A R A

di essere genitore / tutore di _____ nato/a a _____ il _____,
per il/la quale ritira il referto relativo all'esame di **Laboratorio Analisi** eseguito in
data _____ presso Ufficio Ritiro Referti in ospedale di Legnago.

Firma del genitore/tutore _____ (allegare copia di un documento di identità)

OBBLIGATORIO