

	SISTEMA DI GESTIONE QUALITA'		
	<b>DELEGA RITIRO ESAMI</b>		

Il/la sottoscritto/a sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il/la sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DATATA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma Delegato

Firma Delegante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.B.

All'atto del ritiro il delegato dovrà obbligatoriamente presentare un proprio documento di identità valido