

 <p>Centro Medico NeoMEDICA <i>Alleanza a cuore fa vostra salute</i></p>	<p><b>Presidio Ambulatoriale NeoMedica</b> Strada Statale 73 Levante, 14 53100 Siena</p>	<b>Mod. 12 -Modalità Ritiro Referti</b>	
		Rev. 00 del 11/2016	
		Data appl. 01/06/2017	Pag. 1 Di 1

## DELEGA AL RITIRO REFERTI

**Il sottoscritto/a Sig/ra: Cognome e nome:** \_\_\_\_\_

**SESSO:** \_\_\_\_\_ **Data di nascita:** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale:** \_\_\_\_\_ **Residenza: - C.A.P.:** \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_ \*

### \*DELEGO AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

il/la Sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ al ritiro del referto degli esami svolti presso la vostra struttura.

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_