

SPETT.LE
CASA DI RICOVERO
CENTRO SERVIZI "MUZAN"
VIA BARBÈ, 39
36034 - MALO (VI)

Oggetto : Modello Delega a ricevere la copia conforme documentazione clinica

Il/La sottoscitto/a _____ nato/a a _____ il _____

Residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____ Documento di Identità _____

Rilasciato da _____ il _____

DELEGA

Il/La sottoscitto/a _____ nato/a a _____ il _____

Residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____ Documento di Identità _____

Rilasciato da _____ il _____

a ritirare la copia conforme della documentazione sanitaria richiesta.

Luogo e Data _____

Firma Delegante _____

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'