



MODULO DELEGA RITIRO REFERTI

Il/La sottoscritto/a
nato/a a (.....) il
residente a (.....)
in via/piazza n. ,

carta d'identità n. , rilasciata da
il ,
recapito telefonico , in qualità di genitore del minore
(nome e cognome) , nato/a a
(.....) il

DELEGA

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a (.....) il
residente a (.....)
in via/piazza n. ,

carta d'identità n. , rilasciata da
il

al ritiro del referto medico a proprio nome.

Luogo e data

Firma del delegante

.....

Si allegano:

1. copia del documento di riconoscimento del delegante;
2. copia del documento di riconoscimento del delegato.