

 dottori TROIA	MODULO DI RITIRO REFERTI		MD REC RIT
	Revisione 01	Data: 30/05/05	Pag. 1/1

Nome e Cognome del Paziente:

Tipo di Indagine

Data di esecuzione

Annotazioni: _____

Firma del Paziente: _____

Data ritiro: _____

In caso di impossibilità di ritiro da parte del paziente si prega di compilare la seguente

DELEGA

Io sottoscritto

delego al ritiro del referto il/la

sig/ra _____

nato/a a _____

che dovrà esibire la presente delega unitamente ad un Documento di Identità

Firma del Paziente _____

Estremi documento: _____

**N.B. PER IL RITIRO DEL REFERTO E' INDISPENSABILE
MOSTRARE IL PRESENTE MODULO**

Addetto che consegna il modulo ritiro referti _____

Nome e Cognome del Paziente:

Tipo di indagine

Annotazioni _____

Addetto che consegna il referto _____