Centro di medicina

DA COMPILARE IN CASO DI RITIRO DEL REFERTO DA PARTE DEL PAZIENTE

REFERTO RITIRATO IN DATA _____ DAL PAZIENTE

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ Prov: _____Il:_____

Residenza a: _____Prov: _____Via: _____ N°_____CAP_____

Domicilio a : _____Prov: _____Via: _____N°_____CAP_____

Tel: _____ Mail: _____

Sigla operatore per presa visione
Del doc. di riconoscimento del paziente

FIRMA DEL PAZIENTE

…….

……..

DA COMPILARE IN CASO DI RITIRO DEL REFERTO DA PERSONA MUNITA DI DELEGA DEL PAZIENTE

Il/La sottoscritto/a

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ Prov: _____Il:_____

Residenza a: _____Prov: _____Via: _____ N°_____CAP_____

Domicilio a : _____Prov: _____Via: _____N°_____CAP_____

Tel: _____ Mail: _____

DELEGA al RITIRO DEL REFERTO

Il/la Sig./ra ……..……

Nato/a a ……..il.……. residente a ……...……...

In via ……...

al ritiro della seguente documentazione sanitaria: …….....

…….

Data _____

FIRMA DEL PAZIENTE

.....

FIRMA DEL DELEGATO

.....

Si allega copia dei documenti d'identità del paziente e del delegato

DA COMPILARE IN CASO DI RITIRO DEL REFERTO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE/CURATORE/TERZO DELEGATO

Dichiarazione sostitutiva di certificazione per il ritiro del referto

(art. 46 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Il/La sottoscritto/a ….…….

Nato/a a ……. Il …….

Residente a ...…….

consapevole della responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci sotto la propria responsabilità

DICHIARA DI ESSERE

☐ Il genitore

☐ Il tutore/curatore

☐ Terzo delegato

del/della Sig./Sig.ra ……. Nato/a il ……

e pertanto chiede di ritirare il referto dell'accertamento effettuato dal/dalla predetto/a in data …….

Data, ……..

FIRMA

……

Si allega copia del documento d'identità del firmatario.