POLIAMBULATORIO
ZABEO

Richiesta per il ritiro di documentazione sanitaria con delega per minori

Spett. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA SAS del Dott. Paolo Zabeo & C.

Via Riviera del Brenta, 265- 30032 FIESSO D'ARTICO – VE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____il_____

Residente in _____Via_____

In qualità di

□ Genitore esercente la potestà □ Tutore □ Parente

□ secondo grado (nonno, nonna). □ terzo grado (zio, zia)

del figlio/figlia/nipote _____

Nato/a _____il_____

□ DELEGA

Il/lla Sig./ra _____

Nato/a _____il_____

Residente in _____Via_____

al ritiro dei referti radiologici.

Con la presente delega il/la sottoscritto/a libera l'azienda da qualsiasi responsabilità al riguardo.

Data_____ Firma leggibile _____

Attenzione: la persona delegata deve presentarsi con un suo documento di riconoscimento valido e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona che autorizza al ritiro della documentazione da allegare alla presente richiesta. Oppure può essere esibito il documento originale i cui estremi vengono riportati a cura dell'Ufficio.

Riservato all'Ufficio Estremi del documento:

Mod ACC 001.m Rev. 1 del 05/18