

Centro Medico Polispecialistico Solivo
Via Cavour 12 23880 Casatenovo (Lc)
039 9202664 335405239
www.solivo.it info@solivo.it



DELEGA PER IL RITIRO DEI REFERTI

Io Sottoscritta/o
nata/o a, il,
documento d'identità tipo, numero,
(allegare fotocopia di un documento d'identità valido)

DELEGO

.....
nata/o a, il.....
(maggiorrenne, che si presenterà al ritiro con un documento d'identità valido)

a ritirare in mia vece i seguenti referti

.....
.....

Data e luogo

Firma del delegante (per esteso e leggibile)