



**IRCCS** ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

**SACRO CUORE – DON CALABRIA**

SERVIZIO DI ANATOMIA – ISTOLOGIA PATOLOGICA E CITODIAGNOSTICA

## **MODULO DI DELEGA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

recapito telefonico /fax/e-mail \_\_\_\_\_

## **DELEGA**

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento n° \_\_\_\_\_

### **A**

- Ritirare il materiale richiesto
- Restituire il materiale precedentemente ritirato
- Ritirare il referto

Si allega fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_