

DELEGA PER IL RITIRO DEGLI ESAMI

Io paziente, **Cognome e Nome**

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Oppure

Il sottoscritto (indicare Cognome, Nome e data di nascita) _____

in qualità di:

- Esercente la potestà genitoriale
- Tutore (*si allegano documenti certificanti*)
- Curatore (*si allegano documenti certificanti*)
- Amministratore di sostegno (*si allegano documenti certificanti/copia decreto di nomina*)
- Legale rappresentante (*si allegano documenti certificanti*)

del suddetto paziente

AUTORIZZO IL/LA SIG./SIG.RA

**AL RITIRO DEL REFERTO/COPIA E DELL'EVENTUALE DOCUMENTAZIONE ICONOGRAFICA
RELATIVI ALLA PRESTAZIONE DI**

ESEGUITA IN DATA

A corredo della presente delega allego mio documento di identità

firma dell'interessato

Da compilare a carico dello studio

Rif. Fatt. n. _____ | Esame ritirato in data _____

TEMPISTICHE STANDARD RITIRO REFERTI / CERTIFICATI

RX => 90 MINUTI
TAC => 5 GIORNI LAVORATIVI
RMN => 5 GIORNI LAVORATIVI
CERTIFICATI DI IDONEITA' SPORTIVA => 7 GIORNI LAVORATIVI