

## 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