



Ospedale
di Cremona

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

**DELEGA ALLA RICHIESTA E RITIRO DI
COPIA DI DOCUMENTAZIONE
SANITARIA**

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ - _____ via _____ n. _____
identificato/a con il seguente documento d'identità _____
(allegare copia del documento)

DELEGO

il/la sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____

a richiedere copia e a provvedere al ritiro della documentazione sanitaria a me intestata di
seguito indicata:

Data: _____

IL DELEGANTE
