

**ISTITUTI OSPITALIERI
DI CREMONA**

Azienda Ospedaliera

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

**PRESIDIO OSPEDALIERO
DI 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
