



ALLA DIREZIONE MEDICA DEL P.O. DI: Garbagnate Rho Bollate Passirana

I/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____

Il ____/____/_____, Telefono _____ Email _____

residente in _____ via/p.zza _____ n° ____ CAP _____

DELEGA

Il/la sig./ra _____, nato/a a _____

Il ____/____/_____, Telefono _____ residente in _____

Via/p.zza _____ n° ____ CAP _____

A RICHIEDERE/RITIRARE per mio conto copia della documentazione sanitaria.

Firma _____

Allegare copia di un documento d'identità

_____/____/_____
(luogo)