



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)