

Il sottoscritto (Cognome e nome)
nato/a a il.....
residente a in vian°
tel. cell..... fax

documento d'identità (tipo e n°)
in qualità di
 intestatario della documentazione
 genitore dle minore (nome, cognome e data di nascita)
.....
chiede

il rilascio di copia della seguente documentazione sanitaria

Copia esame **Referto**

riferita all' esame di
da me eseguito in data

Chiedo che la documentazione venga

spedita a mezzo posta al seguente indirizzo:

consegnata al sig.....

documento d'identità del delegato (tipo e n°)

Data richiesta,..../..../..... Firma del richiedente _____

N.B. La presente richiesta deve essere accompagnata da documento di identità del delegato in corso di validità da esibire all'Addetto di Segreteria all'atto di ritiro della documentazione.