

I sottoscritt _____ nat _____
il ____/____/____ a _____ residente in _____
Prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____
Documento di identità (tipo) _____ n. _____
Rilasciato da _____ in data ____/____/____

DELEGA AL RITIRO:

Copia del foglio di lavoro relativo alle prestazioni sanitarie erogate presso la S.C.
Odontostomatologia / S.C. Chirurgia Maxillo Facciale nel periodo ____/____/____ al ____/____/____

Copia della quietanza di pagamento relativa alla prestazione sanitaria eseguita presso _____
in data ____/____/____

Copia della parcella di pagamento relativa alla prestazione sanitaria erogata, in regime di attività
libero professionale intramurale e/o intramurale allargata in data ____/____/____ dal/dalla dott./dott.ssa

Referto di analisi di laboratorio/indagini diagnostiche/visita specialistica effettuate il ____/____/____

Rimborso ticket relativo alla prestazione sanitaria del ____/____/____

I signor _____ nat _____ il ____/____/____
a _____ residente in _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
Documento di identità (tipo) _____ n. _____
Rilasciato da _____ in data ____/____/____

**Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000
in caso di dichiarazioni false o uso/esibizione di documenti falsi o dati non corrispondenti al vero.**

Genova ____/____/____ Firma leggibile del delegante _____

Firma leggibile del delegato _____

N.B.

All'atto del ritiro della documentazione, il delegato dovrà obbligatoriamente presentare un proprio documento di identità valido e un documento di identità valido del delegante

Riservato all'E.O. Ospedali Galliera

Si dichiara che i dati anagrafici dell'intestatario/delegante/delegato corrispondono ai documenti di riconoscimento esibiti.

Genova ____/____/____ L'operatore _____