



DELEGA AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) CAP _____
in via/piazza _____ n. _____
tel. _____ e-mail _____

DELEGA

il Sig./la Sig.ra _____ documento identificativo

AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Firma del delegante _____ Firma del delegato _____
(Allegare documento d'identità valido sia del delegato sia del delegante)

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE (D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto

Consapevole delle responsabilità civili e penali così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la mia responsabilità dichiaro di essere:

- il tutore/curatore
- il coniuge
- il genitore
- altro (specificare) _____

della Sig.ra / del Sig./ _____

Pertanto chiedo a Medlight srl di poter ritirare la documentazione sopra specificata.

Allegare documento d'identità valido del titolare della documentazione e del legittimato.

Data _____ Firma _____

ISTITUTO MEDICO MEDLIGHT
Via Claudio Monteverdi, 2 - 50144 Firenze - Tel. 055410180
Sede Legale: Via Maragliano 29/L - 50144 - Firenze



ISTITUTO MEDICO MEDLIGHT
Via Claudio Monteverdi, 2 - 50144 Firenze - Tel. 055410180
Sede Legale: Via Maragliano 29/L – 50144 - Firenze