Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il ____/____/_____ a _____ (_____)

codice fiscale _____ documento d'identità _____

n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/_____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a il ____/____/_____

a _____ (_____) codice fiscale _____

residente a _____ (_____) via/piazza _____

documento d'identità _____ n. _____

rilasciato da _____ il ___/___/_____ al ritiro della copia della documentazione sanitaria richiesta (vedi *MOD 01 PGS 03 Richiesta copia documentazione sanitaria*).

Peschiera del Garda, ____/____/_____ Il delegante _____

Allegare la fotocopia del documento d'identità del delegante e del delegato.