

DELEGA



Regione Lazio

Addi _____

Il /La sottoscritta _____

Delega il Sig. _____

A ritirare le proprie analisi cliniche _____

A tal scopo allego documento personale d'identità

Tipo _____ N° _____

Rilasc. _____ il _____

Firma

Chi ritira:

Cognome _____

Nome _____

Doc. _____ N° _____

Firma
