

Porto Viro, li .....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ , C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ , recapito telefonico \_\_\_\_\_

identificato/a tramite il documento allegato,

**PREMESSO CHE**

è stato/a ricoverata dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ nel Reparto \_\_\_\_\_

oppure \_\_\_\_\_

(in Pronto Soccorso / Ricoverato in OBI / sottoposto ad esame di ..... specificare)

presso la Casa di Cura Madonna della Salute S.r.l. di Porto Viro (RO) il giorno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, tramite il presente atto

**DELEGA**

il/la sig./ra \_\_\_\_\_ , nato/a il \_\_\_\_\_ ,

a richiedere copia della documentazione.

In fede

\_\_\_\_\_

(firma leggibile)