

 Ospedale San Camillo - Trento		MODULO
CODICE	MOAS_742	DELEGA PER RICHIESTA E RITIRO DOCUMENTAZIONE AMBULATORIALE
REVISIONE	2	
DATA	25/11/2025	
PAGINA	1 di 1	

Il/la sottoscritto/a

Sig./a

Nato/a a il

Residente a CAP

Via/Piazza N°

Allega copia del documento di riconoscimento:

Tipo n. scadenza ____ / ____ / ____

CHIEDE LA STAMPA DI:

- ☐ Referto
- ☐ CD immagini radiologiche

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra

Nato/a a..... il CF

a presentare questa richiesta e ritirare la documentazione

In fede

Trento, ____ / ____ / ____

La persona delegata deve presentarsi con questo modulo e fotocopia del documento d'identità del delegante e un proprio documento di riconoscimento valido.