
 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<p>Delega per la prenotazione dei prelievi domiciliari e la scelta dell'ente erogatore</p>	<p>Cod: IO.21 Mod.1 Rev. 0</p>
<p>Via Fissiraga, 15 - 26900 Lodi</p>		<p>Data: 13/12/2016 Pagina 1 di 1</p>

Il/La sottoscritto/a _____

(Nome e Cognome del delegante)

C.F. _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Documento di identità n° _____ rilasciato da _____

AUTORIZZA ALLA PRENOTAZIONE DI PRELIEVI DOMICILIARI E ALLA SCELTA DELL'ENTE EROGATORE

Il Sig/ra _____

(nome e Cognome della persona alla quale si delega le prenotazioni degli esami)

Nato/a a _____ il _____

C.F. _____

Residente a _____

Documento di identità n° _____ rilasciato da _____

Che mi rappresenta

Data _____

Firma _____

(del delegante)