

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO	Mo_CAS_002
	CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S)	
CAS – DELEGA RITIRO ESAMI		

Il/La Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

Documento identità: ☐ carta identità ☐ patente ☐ passaporto

Numero _____ emesso da _____ - _____

☐ ha effettuato _____ In data _____

presso il servizio di _____

☐ ha effettuato _____ In data _____

presso il servizio di _____

☐ ha effettuato _____ In data _____

presso il servizio di _____

☐ ha effettuato _____ In data _____

presso il servizio di _____

☐ ha effettuato _____ In data _____

presso il servizio di _____

AUTORIZZA

il personale del Centro Accoglienza Servizi(CAS) al ritiro del referto degli esami eseguiti.

Nuoro, lì (data) _____ Firma paziente/Legale rappresentante _____