



Centro Medico

Via Sant'Anna 20, 20014 Nerviano (MI)

Tel. 0331 585613

[info@centromediconerviano.it](mailto:info@centromediconerviano.it)

[www.centromediconerviano.it](http://www.centromediconerviano.it)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato a ..... Il .....  
con documento di identità ( Carta di Identità / Patente di Guida / Passaporto)  
.....

## DELEGA

Al ritiro della documentazione medica (N. ....)

Il/la sig./Sir.ra .....  
nato a ..... il .....  
con documento di identità ( Carta di Identità / Patente di Guida / Passaporto)  
.....

Firma del Delegante

-----

Firma del Delegato

-----