

DELEGA PER IL RITIRO DEGLI ESAMI

Il sottoscritto, Cognome e Nome

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

- Per sé

Oppure

Il sottoscritto (indicare Cognome, Nome e data di nascita) _____

in qualità di:

- Esercente la potestà genitoriale
- Tutore (*si allegano documenti certificanti*)
- Curatore (*si allegano documenti certificanti*)
- Amministratore di sostegno (*si allegano documenti certificanti/copia decreto di nomina*)
- Legale rappresentante (*si allegano documenti certificanti*)

di Cognome e Nome

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

AUTORIZZO IL/LA SIG./SIG.RA

**AL RITIRO DEL REFERTO/COPIA E DELL'EVENTUALE DOCUMENTAZIONE ICONOGRAFICA
RELATIVO ALLA PRESTAZIONE DI**

ESEGUITA IN DATA

La presente DEVE essere accompagnata da un documento di identità del delegante

firma dell'interessato

Da compilare a carico dello studio

Rif. Fatt. n. _____ | Esame ritirato in data _____

TEMPISTICHE STANDARD RITIRO REFERTI / CERTIFICATI

RX => 90 MINUTI

TAC => 7 GIORNI LAVORATIVI

RMN => 7 GIORNI LAVORATIVI

CERTIFICATI DI IDONEITA' SPORTIVA => 7 GIORNI LAVORATIVI