

**PROGRAMMA DI SCREENING**

**TUMORE MAMMARIO**

**TUMORE COLON – RETTO**

**TUMORE CERVICE UTERINA**

Io sottoscritto/a:

Nata/ nato a:

Residente a:

Il:

Indirizzo:

**DELEGO AL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA  
DA ME RICHIESTA**

La/il Sig.:

Documento di riconoscimento:

*Esonero questa amministrazione da qualunque responsabilità connessa al rilascio della predetta documentazione alla persona da me delegata.*

Genova, li

Firma

Il foglio di delega deve essere consegnato all'operatore al momento del ritiro dei documenti sanitari richiesti insieme a fotocopia di documento di riconoscimento del delegante e documento di riconoscimento del delegato.