

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.