

**Allegati:**

- Documento di identità dell'Intestatario della documentazione
- Documento di identità del Delegato

Spett.le  
Istituto Europeo di Oncologia  
Via Giuseppe Ripamonti 435  
20141 Milano  
Att.ne Ufficio Referti

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale

con la presente delego

\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome della Persona Delegata)

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale

al ritiro della Documentazione Clinica da me richiesta in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, relativa a :

\_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome della Persona a cui è Intestata la Documentazione Clinica)

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_