

**MODULO
DI DELEGA
PER PRELIEVI
NELLE
STRUTTURE
CONVENZIONATE**

Il/la sottoscritto/a

in rappresentanza della:

struttura sanitaria convenzionata

RSA

associazione di volontariato autorizzata

dichiara sotto la propria responsabilità di consegnare i campioni biologici / ematici per conto dei seguenti sig./sig.ra:

_____ data di nascita _____

_____ data di nascita _____

_____ data di nascita _____

_____ data di nascita _____

_____ data di nascita _____

_____ data di nascita _____

Data _____

Firma _____

