



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



MODELLO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/nata a _____ il _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da
_____ il _____

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra _____
nato/nata a _____ il _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da
_____ il _____

a presentare questa segnalazione e a ricevere risposta

Luogo e data

Firma del delegante

Allegare copia del documento di identità del delegante e del delegato