

DELEGA CONTINUATIVA E FIDUCIARIA AL RITIRO DI PRESCRIZIONI E RICETTE

Io sottoscritto/a .....,

nato/a a ....., il .....

CF: .....,

delego

il mio coniuge: .....

i miei prossimi congiunti (figli o familiari):

.....

.....

.....

altro soggetto: indicare nome e cognome .....

e luogo e data di nascita .....

a ritirare in modo permanente

le ricette e le prescrizioni mediche emesse / intestate a mio nome **tramite consegna fiduciaria in mani proprie, senza necessità di utilizzo di busta chiusa.**

Autorizzo pertanto il mio medico curante o il personale che collabora nello studio medico a procedere alla consegna delle prescrizioni o delle ricette mediche in via fiduciaria e senza necessità di utilizzo di busta chiusa.

In caso di consegna del presente modulo da parte di un terzo incaricato, si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

Firma interessato per delega

.....

\* \* \*

Io sottoscritto/a ..... in qualità di medico di medicina generale /  
collaboratore di studio dichiaro che:

la presente delega è stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza, previa identificazione tramite documento di identità (indicare estremi):

Tipo ..... numero ..... rilasciato da  
..... - data rilascio

ovvero accertata l'identità dell'interessato stesso per personale conoscenza;

la presente delega è stata consegnata alla mia persona da un terzo a ciò incaricato, unitamente a fotocopia di un documento di identità dell'interessato.

Luogo e data

Firma operatore per attestazione  
ricevimento delega

.....