



**CERTIFICAZIONE DELL'AVVENUTO RITIRO DELLA COPIA CONFORME
DI DOCUMENTAZIONE CLINICA RICHIESTA**

Io sottoscritto/a _____

documento di identità n. _____

rilasciato da _____ il _____

**DICHIARO DI RITIRARE IN DATA ODIERNA COPIA CONFORME DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA
INTESTATA A**

Sig./Sig.ra _____

Luogo, data _____

Firma _____

Firma dell'operatore che consegna _____