

Spett.le Airri Ciampino s.r.l.

Il/la sottoscritt.... \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ del paziente \_\_\_\_\_

Per le seguenti operazioni:

- firma presenza sul foglio firma
- firma assenze su apposito modello
- ritiro comunicazione da parte di operatori clinici
- ritiro comunicazioni da parte dell' amministrazione

**autorizza** le persone sotto elencate:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ciampino, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

N.B. Allegare fotocopia del documento dei delegati