

**DELEGA CONTINUATIVA E FIDUCIARIA AL RITIRO DI PRESCRIZIONE E RICETTE**

Io sottoscritto/a.....;  
nato/a.....; il .....

CF: .....

delego

la società oppure l'operatore appartenente alla stessa denominata **Sardinya Global Services s.r.l.s** con sede a Olbia cap. 07026 sita in via Israele n° 38

con CF. / P.iva 02754400907 telef. Uff 0789 383907 Mobile: 334 3486505

**PEC: [sardinya.globalservices.s.r.l.s@legalmail.it](mailto:sardinya.globalservices.s.r.l.s@legalmail.it)**

a ritirare in modo permanente

le ricette e le prescrizioni mediche emesse / intestate a mio nome tramite consegna in via fiduciaria e con l'utilizzo di busta chiusa imbucata nell' apposita cassetta postale fornitavi dalla **Sardinya Global Services** così come è segnalata la stessa cassetta.

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 con l'utilizzo di busta chiusa.

In caso di consegna del presente modulo da parte di 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 d' identità dell' interessato stesso.

Luogo e data .....

Firma operatore per ricevimento delega

.....