

 ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Laboratorio Analisi FOGLIO DI RITIRO REFERTI LABORATORIO ANALISI Tel. / Fax 0172/472560 - laboratorio@ccbra.it	Mod. 0043	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>referti laboratorio</i>	
		Rev. 15	del 21/11/2025

ESAMI DI LABORATORIO

Il **REFERTO DEGLI ESAMI** potrà essere ritirato a partire dal giorno _____

[] **PAGAMENTO ESEGUITO:** DA LUNEDI' A VENERDI' DALLE ORE **8.00** ALLE ORE **18.00**
IL SABATO DALLE ORE **8.00** ALLE ORE **11.30**
PRESSO SPORTELLO RITIRO REFERTI

[] **PAGAMENTO DA ESEGUIRE:** DA LUNEDI' A VENERDI' DALLE ORE **8.00** ALLE ORE **17.00**
IL SABATO DALLE ORE **8.00** ALLE ORE **11.30**
PRESSO SPORTELLO ACCETTAZIONE (TRAMITE BANCOMAT
O CONTANTI)

DELEGA PER IL RITIRO DEL REFERTO DA PARTE DI ALTRA PERSONA

Presentare documenti d'identità del delegato e del delegante, se maggiorenne.

Il/la sottoscritto/a _____ Cod. Paziente: _____

[] DELEGA il/la sig./ra _____ nato/a il _____
a ritirare in sua vece il referto.

[] DICHIARA di essere GENITORE DEL MINORE _____
nato/a il _____ e chiede il rilascio del referto relativo al suddetto
minore.

Data _____ Firma del delegante _____

**Il personale amministrativo non è stato autorizzato a consegnare i referti in
mancanza del presente foglio di ritiro, in ottemperanza della normativa vigente**

RISERVATO ALL'UFFICIO RITIRO REFERTI

CONSEGNATO IL _____ Firma di chi ritira _____

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	