



MODULO DI DELEGA PER MODIFICA TERAPIA FARMACOLOGICA

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato
a _____ il _____ / ____ / ____
e residente a _____ in _____ tel. _____
_____ documento di identità n° _____
rilasciato da _____
_____ di cui allega copia fotostatica, in qualità di paziente in cura
presso la Struttura _____ ambulatorio di
_____ essendo impossibilitato a recarsi personalmente
per _____ (indicare motivazione)

DELEGA

il/la _____ Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
_____ Prov. _____ il _____ / ____ / ____
_____ e _____ residente a _____
Prov. _____ in _____ recapito
telefonico _____
documento _____ di _____ identità _____ n° _____
_____ rilasciato
da _____ in _____
qualità _____
di _____
coniuge/figlio/nipote/sorella/fratello/amica/badante/ecc (**indicare qualifica**) ad incontrare il medico
curante _____ e
comunicargli/consegnargli _____

_____ l'esito/referto delle analisi
cliniche/esame diagnostico /dati relativi alla pressione/ecc (**è necessario inserire la tipologia di
dato da comunicare**) per ricevere le modifiche del mio piano terapeutico e/o ulteriori indicazioni.

Dati da comunicare al medico :

allegato alla presente delega

Referto analisi /esame diagnostico:

Pressione arteriosa:

Eventuale Sintomatologia:

Luogo e data _____

Firma del paziente

Firma del delegato
