



## 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_