



## 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_