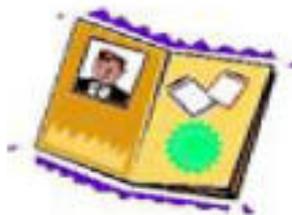


GENTILE SIGNORA/SIGNORE,
PER RITIRARE I FARMACI OSPEDALIERI PRESCRITTI IN AMBULATORIO, LEI POTRÀ SCEGLIERE
UNA DELLE SEGUENTI MODALITÀ:

- 1) PRESENTARSI DIRETTAMENTE, QUALE PAZIENTE, ALLA FARMACIA DELLE DIMISSIONI (PRESSO L'INGRESSO 26 - PIANO TERRA) MUNITO DI



Paziente



Documento di riconoscimento



Carta Regionale dei Servizi

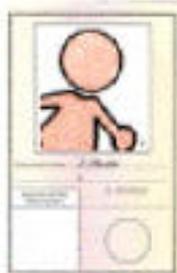
- 2) OPPURE DELEGARE PER ISCRITTO E DOTARE DI SUO DOCUMENTO UNA PERSONA DI FIDUCIA CHE VERRÀ IDENTIFICATA NELLA FARMACIA DELLE DIMISSIONI MEDIANTE PROPRIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO



Delegato



Documento del delegato



Delega paziente



Documento + Carta Regionale
dei Servizi del paziente

I documenti di riconoscimento possono essere in originale o in fotocopia.

Grazie per la collaborazione

Farmacia delle Dimissioni:

Ingresso 26 Piano Terra

Per INFO orari di apertura della Farmacia delle Dimissioni si prega di consultare il sito www.asst-pg23.it

DELEGA PER IL RITIRO FARMACI

Il/La sottoscritto/a (paziente).....
Nato/a il.....a.....
Identificato/a con documento di riconoscimento (originale/fotocopia) e carta regionale dei servizi (in originale)

DELEGA

Il Sig./La Sig.ra (delegato).....
Nato/a il.....a.....
Identificato/a con C.I. Passaporto Patente n°.....
al ritiro dei farmaci.
Bergamo,..... Firma paziente.....

RITIRO FARMACI PER MINORI O PERSONE SOTTO TUTELA

Sotto la propria responsabilità il/la sottoscritto/a
.....
nato/a il Identificato/a con documento di riconoscimento (originale/fotocopia) e carta regionale dei servizi (in originale)

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato dalla dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000)

dichiara di essere

Genitore / esercente la Responsabilità Genitoriale del minore
 Tutore del minore/interdetto / Curatore / Amministratore di sostegno
quindi autorizzato al ritiro dei farmaci del paziente.....

Bergamo,..... Firma dichiarante.....