



**INSTITUTO  
ALEXANDER  
FLEMING**

## ***Autorización para retirar informes de Anatomía Patológica***

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

Retira paciente personalmente

Retira familiar o tercero responsable con fotocopia del D.N.I del paciente y nota de autorización incluyendo datos de ambos (Apellido y Nombre, D.N.I y firma.)

Se envía resultado vía email o fax a la dirección abajo indicada

\_\_\_\_\_

**Firma:**

**Aclaración:**