**6**

**Autorització**

**(si s’escau)**

**AUTORITZACIÓ PER A LA SOL·LICITUD I/O RECOLLIDA**

##### El/La PACIENT Sr./Sra................................................................................................., amb DNI o document equivalent vàlid que l’identifiqui..................................................., AUTORITZA al Sr./Sra./Centre sanitari................................................................................................, amb DNI, CIF o document equivalent vàlid que l’identifiqui...................................................., a

[ ] ***SOL·LICITAR***

[ ]  ***RECOLLIR***

##### el següent:

[ ] ***Mostra biològica***

[ ]  ***Dades analítiques***

[ ] ***Altres: ........................***

 Nom, i signatura titular Nom, i signatura persona autoritzada

##### Cal adjuntar còpia del DNI o document equivalent vàlid que l’identifiqui, tant del titular com de la persona autoritzada.