**6**

**Autorización**

**(si se precisa)**

**AUTORIZACIÓN PARA LA SOLICITUD Y/O RECOGIDA**

##### El/La PACIENTE Sr./Sra................................................................................................., con DNI o documento equivalente válido que le identifique..................................................., AUTORIZA al Sr./Sra./Centro sanitario................................................................................................, con DNI, CIF o documento equivalente válido que le identifique...................................................., a

[ ] ***SOLICITAR***

[ ]  ***RECOGER***

##### lo siguiente:

[ ] ***Muestra biológica***

[ ]  ***Datos analíticos***

[ ] ***Otros: ........................***

 Nombre, y firma titular Nombre, y firma persona autorizada

##### Es necesario adjuntar copia del DNI o documento equivalente válido que le identifique, tanto del titular como de la persona autorizada.