



Atto di delega

Sede di _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ e residente a _____

Via _____ n° _____ Cod. Fiscale _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n° _____

domiciliato/a a _____ Via _____ n° _____

Ad effettuare per proprio conto:

- La scelta del medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta tra quelli disponibili
- La scelta del seguente Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta Dott. _____

Al rilascio del seguente documento:

- Esenzione ticket
- Duplicato Carta Amica / Tessera Sanitaria
- Duplicato tessera esenzione ticket

Altro _____ (specificare)

Data _____ Firma del delegante _____

N.B. La persona delegata deve presentare il proprio documento di riconoscimento e l'originale o la fotocopia del documento di riconoscimento del delegante.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Tipo documento del delegante _____

Rilasciato da _____ il _____

Tipo documento del delegato _____

Rilasciato da _____ il _____

Data _____

L'addetto _____