



ATTO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a nato/a a.....il

..... cod. fiscale

residente a in via

In quanto impossibilitato a recarmi presso codesto Distretto sanitario

DELEGA

Il/La Sig/a nato/a a.....il

..... cod. fiscale

residente a in via

ad effettuare per proprio conto:

la scelta del Medico di Medicina Generale Dott..... revocando il

Dott.....

la scelta del Medico di Pediatria per il/la propri_ figli_ nat_

a..... il C.F.,

Dott.....

al rilascio del seguente documento:

Tessera Sanitaria e/o duplicato

Data

.....
(firma di chi delega)

.....
(firma del delegato)

da allegare obbligatoriamente in fotocopia

- documento di riconoscimento del delegante
- documento di riconoscimento del delegato
- libretto Sanitario (cartaceo) del delegante