

MODELLO DI DELEGA

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente in _____ Via _____

DELEGA

il/la Sig. ra _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ Via _____ a:

scegliere per me quale medico di fiducia il Dott. _____

revocare per me il Dott. _____

al rinnovo/rilascio dell'attestato di esenzione ticket.

duplicato della tessera sanitaria e/o tessera sanitaria europea (TEAM)

duplicato esenzione ticket

(altro) _____

A tal fine allego copia del mio documento di riconoscimento, in corso di validità.

Data _____

in fede

La presente istanza viene sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario incaricato

La presente istanza viene sottoscritta dal delegato, previa esibizione di un valido documento di riconoscimento, e presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento del delegante.

Ricevuta il _____

Firma del funzionario
