

DELEGA PER RILASCIO / RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il / La sottoscritto/a _____
nato/ a il ____/____/____ a _____
residente a _____ via/p.za _____ n. _____

DELEGA

il/la sig./ra _____
nato/ a il ____/____/____ a _____
residente a _____ via/p.za _____ n. _____

ad effettuare la seguente pratica presso gli uffici di assistenza sanitaria del Distretto:

☐ scelta del medico di medicina generale dott. _____
_____, ____/____/____

luogo

data

Firma per esteso

Allega alla presente copia del documento:

☐ carta d'identità ☐ passaporto ☐ patente ☐ altro _____

DELEGA PER RILASCIO / RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il / La sottoscritto/a _____
nato/ a il ____/____/____ a _____
residente a _____ via/p.za _____ n. _____

DELEGA

il/la sig./ra _____
nato/ a il ____/____/____ a _____
residente a _____ via/p.za _____ n. _____

ad effettuare la seguente pratica presso gli uffici di assistenza sanitaria del Distretto:

☐ scelta del medico di medicina generale dott. _____
_____, ____/____/____

luogo

data

Firma per esteso

Allega alla presente copia del documento:

☐ carta d'identità ☐ passaporto ☐ patente ☐ altro _____