

**ATTO DI DELEGA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente

a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/La sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente

a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

ad effettuare per proprio conto la scelta del seguente Medico di Medicina  
Generale/Pediatra di Libera scelta Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_

**N.B.: la persona delegata deve presentare il proprio documento di riconoscimento e  
la fotocopia del documento di riconoscimento del delegante**

**Spazio riservato all'ufficio**

Documento del delegante: tipo e numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_

Documento del delegato: tipo e numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

L'Addetto \_\_\_\_\_