

# MODELLO DELEGA PER ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO E SCELTA DEL MEDICO

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

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

documento di identità (Tipo) \_\_\_\_\_ (Num.) \_\_\_\_\_

## DELEGA

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

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

documento di identità (Tipo) \_\_\_\_\_ (Num.) \_\_\_\_\_

## A

scegliere per me quale medico di base la **Dott.ssa Francesca FIDANZA**

revocare per mio conto il dott. \_\_\_\_\_

**A tal fine allego copia di un documento di riconoscimento e della tessera sanitaria.**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_