

# DELEGA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

## DELEGO

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

\_\_\_\_\_