

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 _____