

DELEGA PER LA SCELTA/CAMBIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Spett.le Azienda ULSS 2 Marca trevigiana

Il/la sottoscritto/a _____

(cognome e nome)

nato/a a _____ (_____) il _____

(luogo)

(prov.)

residente a _____ (_____) in via _____

(luogo)

(prov.)

(indirizzo)

DELEGA

Il Sig./la Sig.a _____

(cognome e nome)

nato/a a _____ (_____) il _____

(luogo)

(prov.)

residente a _____ (_____) in via _____

(luogo)

(prov.)

(indirizzo)

Documento Identificativo _____

ad effettuare la scelta del Medico di Medicina Generale per proprio conto.

Luogo, data _____

Firma del delegante

Firma del delegato

NB: la persona delegata deve presentarsi con il proprio documento di identità valido e la fotocopia del documento di identità valido del delegante in allegato alla presente delega.