



## ATTO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il Sig \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Ad effettuare per proprio conto:**

- La scelta del Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta tra i  
seguenti:
- 
- 

**Al rilascio del seguente documento:**

- Tessera Sanitaria o duplicato  
 \_\_\_\_\_ (specificare)

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

N.B. La persona delegata deve presentare:

- proprio documento di riconoscimento
- originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante
- tessera sanitaria (cartacea) del delegante

### SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

TIPO \_\_\_\_\_ e n. \_\_\_\_\_ documento del delegato

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

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