



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti

U.O.C. Area Distrettuale 1

Distretto Sanitario di Ortona

**Ufficio Scelta e Revoca del Medico**

Piazza San Francesco n. 4 - Ortona (CH)

Telefono 085.9173238

e-mail: [assistenzaprimaria.ortona@asl2abruzzo.it](mailto:assistenzaprimaria.ortona@asl2abruzzo.it)

## ATTO DI DELEGA

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

## DELEGA

Il/La Sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

domiciliato a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### Ad effettuare per proprio conto:

La scelta del Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta tra i seguenti:

La variazione del Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta

dal Dott. \_\_\_\_\_ al Dott. \_\_\_\_\_

### Al rilascio del seguente documento:

Tessera sanitaria o duplicato

\_\_\_\_\_ (specificare)

Ortona, \_\_\_\_\_  
(data) \_\_\_\_\_ (firma)

**N.B.** La persona delegata deve presentare:

- Un proprio documento di riconoscimento;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento del delegante;
- Fotocopia di tessera sanitaria del delegante

## SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO:

Documento del delegato: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_\_

L'operatore: \_\_\_\_\_