Regione Abruzzo
Azienda Sanitaria Locale n.02 - Lanciano- Vasto-Chieti
Nucleo Operativo Distrettuale Vasto
Via Michetti, 86 - Tel. 0873-308791-Fax 0873-308784

ATTO DI DELEGA

Sede di _____

Il/La sottoscritto/a_____

nato a _____ il _____ e residente a _____

via _____ n°_____ Cod. fiscale _____

domiciliato a_____ via _____ n °_____

DELEGA

Il Sig _____

nato a _____ il _____

e residente a _____ via _____ n° _____

☐ Da effettuare per proprio conto:

- ☐ Rilascio codice S.T.P.
- ☐ La scelta del Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta tra quelli disponibili
- ☐ La scelta del seguente Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta
  Dott. _____

☐ Al rilascio del seguente documento:

- ☐ esenzione ticket
- ☐ duplicato Tessera Sanitaria
- ☐ altro_____

data_____ Firma del delegante_____

N.B. La persona delegata deve presentare:
- proprio documento di riconoscimento
- originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

TIPO _____ e n°_____ documento del delegante rilasciato da_____

TIPO_____ e n°_____ documento del delegato rilasciato da_____

Data_____ L 'Addetto _____