

MODELLO PER DELEGA SCELTA MEDICO

Il/la sottoscritt... nat... il.....

a.....prov., e residente a.....prov.....

via/piazza.....n. cap.....

codice fiscale

documento d'identità n.

rilasciato da.....il

DELEGA

Il Sig. nat.... il

a prov. e residente aprov.

via/piazza..... n.

codice fiscale n.....

documento d'identità n. rilasciato da

..... il

ad effettuare per mio conto la scelta del Dott.

Data

Firma

Allega: - Copia della tessera sanitaria
- Copia del documento di riconoscimento