



Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano – Vasto - Chieti  
Presidio Territoriale di Assistenza Guardiagrele

Ufficio Scelta e Revoca del Medico  
[sceltaerevoca.guardiagrele@asl2abruzzo.it](mailto:sceltaerevoca.guardiagrele@asl2abruzzo.it)

Al Presidio Territoriale di Assistenza Guardiagrele  
Ufficio Scelta e Revoca del Medico

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cod. fiscale \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_  
documento d'identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DELEGO

Il Sig. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cod. fiscale \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
documento d'identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
ad effettuare per mio conto la scelta del Dott. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

luogo e data

\_\_\_\_\_

firma leggibile del delegante

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