



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

Ufficio Scelta e Revoca del Medico
sceletaerevoca.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