



*Azienda Sanitaria Locale n. 2 Lanciano - Vasto - Chieti*

*U.O.C. Area Distrettuale 1*

Direttore Dott. Renato Lisio

[areadistrettuale1@asl2abruzzo.it](mailto:areadistrettuale1@asl2abruzzo.it)

*Uffici Scelta e Revoca ed esenzioni ticket*  
[assistenzaprimaria.area1@asl2abruzzo.it](mailto:assistenzaprimaria.area1@asl2abruzzo.it)

[pua.francavilla@asl2abruzzo.it](mailto:pua.francavilla@asl2abruzzo.it)

[pua.chieti@asl2abruzzo.it](mailto:pua.chieti@asl2abruzzo.it)

[pua.ortona@asl2abruzzo.it](mailto:pua.ortona@asl2abruzzo.it)

## ATTO DI DELEGA

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

nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### DELEGA

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

nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

ad inoltrare la domanda per \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma del delegante)

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma del delegato)

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art.13 del D.Lgs.196/2003, acconsente, ai sensi dell' art. 23 del predetto decreto, al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca da parte dell'interessato.

Allega la seguente documentazione:

- Fotocopia fronte/retro di un proprio documento di identità
- Fotocopia fronte/retro di un documento di identità del delegato
- Fotocopia fronte/retro della propria tessera sanitaria
- **N.B.: IN CASO DI OPERAZIONI IN FAVORE DI MINORI: fotocopia fronte/retro di un documento di identità di entrambi i genitori**