



Mod. Delega

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____

nato/a a _____ il _____

L'istanza è presentata da _____

(Indicare il nome/cognome/data di nascita della persona che compila il modulo se diverso dall'intestatario dell'istanza)

☐ diretto interessato

☐ genitore esercente la potestà genitoriale in esclusiva

☐ genitore esercente la potestà genitoriale *(in accordo con l'altro genitore esercente la potestà genitoriale)*

☐ tutore/amministratore di sostegno

DELEGA

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____

nato/a a _____ il _____

☐ Ad effettuare la scelta del Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta

☐ Al rilascio del seguente documento:

☐ Certificato Vaccinale

☐ Esenzione Ticket

☐ Duplicato Tessera Sanitaria / Documento Iscrizione al SSR

☐ Altro specificare: _____

Data, _____

Firma del delegante _____

La persona delegata deve presentare un proprio documento d'identità e copia del documento d'identità del delegante entrambi in corso di validità.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Data, _____

Login Operatore _____

Sportello di _____