



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

## Modello Delega

### ATTO DI DELEGA

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ Cod.fiscale \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il Sig \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

☐ Al rilascio del seguente documento:

☐ esenzione ticket

☐ tesserino di iscrizione al SSN con scelta del medico  
☐ duplicato del tesserino di iscrizione al SSN con scelta del medico /  
esenzione ticket

☐ \_\_\_\_\_ (specificare)

Data \_\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_

**N.B.** La persona delegata deve presentare:

- **proprio documento di riconoscimento**

- **originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante**

### SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

TIPO \_\_\_\_\_ e n. \_\_\_\_\_ documento del delegante  
rilasciato da \_\_\_\_\_

TIPO \_\_\_\_\_ e n. \_\_\_\_\_ documento del delegato

Rilasciato da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

L'Addetto \_\_\_\_\_