



**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 _____