



DELEGA SCELTA E REVOCA

Mod D 2

Data ..... / ..... / .....

luogo .....

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il ..... provincia (o stato estero) .....

documento di identità ..... n° ..... data rilascio .... / .... / .....

rilasciato da .....

residente nel comune di ..... provincia .....

in via/piazza .....

iscritto negli elenchi assistiti della ASL/ ATS / ..... di .....

telefono:

DELEGA

Il/la sig./sig.ra .....

Nato/a a ..... il ..... provincia (o stato estero) .....

documento di identità ..... n° ..... data rilascio .... / .... / .....

rilasciato da .....

a rappresentarlo per effettuare la scelta del/la dott./dott.ssa .....

e la revoca del/la dott./dott.ssa ..... per se e per i seguenti familiari:

_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(rapporto di parentela)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(rapporto di parentela)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(rapporto di parentela)
_____	_____	_____
(cognome e nome)	(data di nascita)	(rapporto di parentela)

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del delegante

Firma del delegato

\_\_\_\_\_

Alla consegna della documentazione devono essere esibiti:
Fotocopia del documento di identità del richiedente delegante,
Originale del documento di identità del delegato.
fotocopia Tessera Sanitaria Regionale