

ATTO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a nato/a il.....
a (.....) codice fiscale
residente a in Via/piazza n°.....
domiciliato a in Via/piazza n°.....
E-mail n° telefono

DELEGA

Il Sig./la Sig.ra nato/a il
a (.....) codice fiscale
residente a in Via/piazza n°..... a:

- ☐ Scegliere per mio conto il Dott. / Dott.ssa
- ☐ Revocare per mio conto il Dott. / Dott.ssa
- ☐ Richiedere per mio conto il Duplicato di tessera sanitaria europea (TEAM)
- ☐ Altro
(Richieste attinenti alla scelta e revoca del medico – tessera sanitaria)

Data

Il delegante *

.....

(Spazio riservato all'ufficio):

Tipo di documento n°
rilasciato da il scadenza

*Allegare la fotocopia del documento d'identità del delegante