



Il/l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

Nat\_ \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Allega Tessera Sanitaria e copia del proprio documento di riconoscimento \_\_\_\_\_  
Indicare il tipo di documento

N. \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

essendo impossibilitato/a a provvedere personalmente alla scelta del medico di fiducia e non potendo delegare a ciò i propri familiari,

### DELEGA

Il/l\_ sig. \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

A scegliere quale medico di fiducia il Dr. \_\_\_\_\_.

Data, \_\_\_\_\_

Il delegante

### Articolazione territoriale Alta Valle Seriana e Valle di Scalve

Punto erogativo di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Funzionario, accertata l'identità del delegato a mezzo di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ <sup>1</sup> scadenza \_\_\_\_\_, ha provveduto alla attribuzione del medico di

fiducia secondo le indicazioni di cui sopra.

Data, \_\_\_\_\_

Il Funzionario

<sup>1</sup> Indicare il documento di riconoscimento o la conoscenza diretta.