



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