

MODULO DI DELEGA

Spett.le ASL BA sede (Bari)
Ufficio Anagrafe Sanitaria

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)
nato/a a _____ (luogo) _____ () il _____
(prov.)
residente a _____ (luogo) _____ (prov.) in via _____
(indirizzo)
Documento identificativo _____
Codice fiscale _____

DELEGA

Il Sig./la Sig.a _____
(cognome e nome)
nato/a a _____ (luogo) _____ () il _____
(prov.)
residente a _____ (luogo) _____ (prov.) in via _____
(indirizzo)
Documento identificativo _____
Codice fiscale _____

> ad effettuare la scelta/cambio del medico di Medicina Generale per proprio conto,
nella persona del Dott. _____
Con contestuale revoca del precedente Medico.

Luogo, data _____

Firma del delegante

Firma del delegato

NB: la persona delegata deve presentarsi con il proprio documento di identità valido e la fotocopia del documento di identità valido e della Tessera Sanitaria del delegante in allegato alla presente delega.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 23 del D.L.gs.n.196/2003

Firma