

2

DELEGA PER RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

IL SOTTOSCRITTO SIG (delegante) _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

IN VIA / PIAZZA _____ N° _____

DOCUMENTO D'IDENTITA' (Patente/Carta d'Identità) N° _____

RILASCIATO DAL COMUNE / PREFETTURA DI _____
(Allegare copia fotostatica del Documento di Identità)

TELEFONO / CELLULARE N° _____

DELEGA

IL SIG. (delegato) _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

IN VIA / PIAZZA _____ N° _____

DOCUMENTO D'IDENTITA' (Patente/Carta d'Identità) N° _____

RILASCIATO DAL COMUNE / PREFETTURA DI _____
(Allegare copia fotostatica del Documento di Identità)

Luogo e Data _____

IN FEDE
