**ATTO DI DELEGA**

Il/La sottoscritto/a

Nato/a il

Residente in via CAP

Città Prov.

Codice fiscale

Recapito telefonico del paziente

Documento di identità n

Rilasciato da il

**DELEGA**

Il/La Sig

Nato a il

Documento di identità n

Rilasciato da il

Ad inoltrare istanza di visita medica alla CML di Taranto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA’ DEL DELEGATO