



## MODELLO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

## DELEGA

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Ad effettuare per proprio conto:

- La scelta del Medico di Assistenza Primaria tra quelli disponibili.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **N.B.: la persona delegata deve presentare:**

- a) il proprio documento di riconoscimento in corso di validità
- b) la fotocopia del documento di riconoscimento del delegante, in corso di validità.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. (codice sulla privacy), esprimo il mio consenso al trattamento dei dati riportati nella presente dichiarazione con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_