

DELEGA PER LA SCELTA/CAMBIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Spett.le Azienda ULSS 2 Marca trevigiana

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

DELEGA

Il Sig./la Sig.a _____
(cognome e nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Documento Identificativo _____

ad effettuare la scelta del Medico di Medicina Generale per proprio conto.

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 del delegante in allegato alla presente delega.