

Il sottoscritto _____ nato il _____
(cognome e nome)

a _____ residente a _____

in Via _____ n. ____, C.F. _____

Recapito telefonico _____ T.S.(cartacea) _____

CHIEDE

DI POTER SCEGLIERE IL DOTT. _____

PER SE E/O PER I SEGUENTI FAMIGLIARI:

| COGNOME e NOME | CODICE FISCALE | INDIRIZZO RESIDENZA |
|----------------|----------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Allega documento d'identità in corso di validità.

Il sottoscritto _____, nato il _____

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato il _____

a _____ residente a _____

in Via _____ n. ____, C.F. _____ tel. _____

ad effettuare per sé e per i famigliari sopra indicati la scelta del medico.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

↑
Luogo e data _____

Firma del delegante _____

Allegare copia del documento di identità in corso di validità del delegante.

Il "delegato" deve essere persona maggiorenne, deve esibire un proprio documento di identità e deve essere munito della tessera sanitaria (TEAM e cartacea) del delegante.