

**Modello L/2**

**Sede** \_\_\_\_\_

**ATTO DI DELEGA**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Ad effettuare per proprio conto**

La scelta del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta tra quelli disponibili

La scelta del seguente Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta:

\_\_\_\_\_  
 altro \_\_\_\_\_

**Al rilascio del seguente documento:**

esenzione ticket

duplicato tessera sanitaria

duplicato tessera esenzione ticket

altro \_\_\_\_\_

Il delegante esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Firma del delegante \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

oooooooooooo

La persona delegata deve presentare proprio valido documento di riconoscimento e originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante.

Tipo e numero documento delegante \_\_\_\_\_

Tipo e numero documento delegato \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

L'addetto \_\_\_\_\_