

**MODELLO DELEGA
SCELTA DEL MEDICO**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ (_____) CAP _____
Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ (_____) CAP _____
Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____

ad effettuare la scelta la scelta del Medico di Assistenza Primaria e/o del Pediatra di Libera Scelta.

Luogo e Data _____

Firma Delegante _____

Allegare fotocopia del documento di identità del delegato e del delegante