

MODELLO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ il _____
 residente a _____ via _____ n. _____
 Domiciliato a _____ via _____ n. _____
 Cod.fiscale _____
 Recapito telefonico _____ recapito e- mail _____

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
 residente a _____ via _____ n. _____
 Recapito telefonico _____ recapito e-mail _____

Ad effettuare per proprio conto:

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

(nel rispetto del massimale assistiti del sanitario prescelto, da verificare direttamente allo sportello)

- La richiesta e il rilascio del duplicato della:
- tessera sanitaria cartacea;
 - tessera sanitaria elettronica;
- La richiesta e il rilascio del certificato provvisorio sostitutivo della Tessera Europea Assicurazione Malattia
- La richiesta di registrazione delle esenzioni sulla tessera sanitaria cartacea. In particolare nel caso di invalidità civile, dichiaro che la copia del verbale di invalidità civile presentata è conforme all'originale in mio possesso e che quanto ivi attestato non è stato revocato, sospeso o modificato
- ALTRO (specificare): _____

DATA _____

_____ firma del delegante

N.B la persona delegata deve presentare:

- a) proprio documento di riconoscimento in corso di validità
- b) originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante, in corso di validità

Ai sensi del DLgs 196/2003 e ss. mm. e ii. (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 _____

SPAZIO RISERVATO ALL' UFFICIO

TIPO _____ e n. _____ documento del delegante, rilasciato
da _____

TIPO _____ e n. _____ documento del delegato, rilasciato
da _____

DATA _____ L' ADDETTO _____