

### MODELLO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cod.fiscale \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Ad effettuare per proprio conto:

- La scelta del seguente Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta tra quelli disponibili,  
dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
*(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 \_\_\_\_\_