

**MODELLO DI DELEGA
POOBLASTILO**

Il/la sottoscritto/a/**Podpisani_a** _____
Nato_a a/**kraj rostva** _____
il/**datum rojstva** _____
residente a/**stalno prebivališče** _____
CAP/**poštna številka** _____
Via/**ulica** _____
n./**št.** _____
Cod.fiscale/**davčna koda** _____

**DELEGA
POOBLAŠČAM**

Il/la Sig_**_ra/gospoda_gospo** _____
Nato_a a/**kraj rostva** _____
il/**datum rojstva** _____
residente a/**stalno prebivališče** _____
CAP/**poštna številka** _____
Via/**ulica** _____
n./**št.** _____

Ad effettuare per proprio conto/da v **mojem imenu**:

- la scelta del seguente Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta tra quelli disponibili-dott./dott.ssa/**izbere navedenega osebnega zdravnika/pediatra iz seznama razpoložljivih zdravnikov, dr.**

*(nel rispetto del massimale assistiti del sanitario prescelto, da verificare direttamente allo sportello)
(ob upoštevanju maksimalnega števila pacientov izbranega zdravnika, kar se preveri neposredno na okencu)*

- la richiesta e il rilascio del duplicato della/**zaproši za izdajo dvojnika**:
- tessera sanitaria cartacea/**papirnat zdravstvene kartice**;
 - tessera sanitaria elettronica/**elektronske zdravstvene kartice**;
- la richiesta e il rilascio del certificato provvisorio sostitutivo della Tessera Europea Assicurazione Malattia/**zaproši za izdajo začasnega potrdila, ki nadomešča Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja**
- 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/**zaproši za navedbo oprostite plačila zdravstvenih storitev na papirnat zdravstveno kartico. V primeru civilne invalidnosti upravičenca se izjavlja, da je priložena kopija poročila o civilni invalidnosti skladna z izvirnikom, in da v njem navedeni podatki niso bili preklicani, zadržani ali spremenjeni**
- ALTRO (specificare)/**DRUGO (navedite)**: _____

DATA/DATUM _____

firma del delegante/**podpis pooblastitelja_ice**

N.B la persona delegata deve presentare/**Pooblaščen**a oseba mora predložiti:

- a) proprio documento di riconoscimento in corso di validità/**veljaven osebni dokument**
- b) originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante, in corso di validità/**original ali kopijo veljavnega osebne**ga dokumenta pooblastitelja_ice

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/**V skladu z ZU 196/2003 z nadaljnjimi spremembami in dopolnitvami (Zakonik o varstvu osebnih podatkov) soglašam z obdelavo podatkov, ki so navedeni v tem obrazcu, za namene postopka, za katerega je bila izjava podana.**

Data/**Datum**_____

Firma/**Podpis**_____

SPAZIO RISERVATO ALL' UFFICIO

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

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

DATA _____ L' ADDETTO _____

IZPOLNI PRISTOJNI URAD

VRSTA _____ in št. _____ dokumenta pooblastitelja_ice,
izdanega pri _____

VRSTA _____ in št. _____ dokumenta pooblaščenca_ke,
izdanega pri _____

DNE _____ URADNA OSEBA _____