

MODELLO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n° _____ rilasciato da _____ il _____

DELEGA

Il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n° _____ rilasciato da _____ il _____

A OPERARE PER PROPRIO CONTO:

sul proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

sui servizi online sanitari regionali

Luogo e data

Firma

Portare con sé presso il Punto Assistito:

1) tessera sanitaria e copia di documento di riconoscimento in corso di validità del delegante;

2) tessera sanitaria e copia di documento di riconoscimento in corso di validità del delegato.