

MODELLO DELEGA PER ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO E SCELTA DEL MEDICO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

residente a _____

in Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

documento di identità (Tipo) _____ (Num.) _____

DELEGA

Il/La sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

residente a _____

in Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

documento di identità (Tipo) _____ (Num.) _____

A

scegliere per me quale medico di base la **Dott.ssa Federica CAVERNI**

revocare per mio conto il dott. _____

A tal fine allego copia di un documento di riconoscimento e della tessera sanitaria.

Data ____/____/____

In fede
