

	<b>SERVIZI DI ACCETTAZIONE OSPEDALIERA E FRONT OFFICE - SPORTELLO UNICO -</b>	Codice procedimento: 1/DAPO
		Termine per provvedere dalla richiesta: immediato
		Codice titolare: II.1.01.01.06

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/> Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 DAPO

## MODELLO DI DELEGA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
documento di riconoscimento (indicare il tipo) \_\_\_\_\_  
numero \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_  
con scadenza il \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

### DELEGO

il/la Sig. ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ a:

- scegliere per me quale medico di fiducia il Dott. \_\_\_\_\_
- revocare per me il Dott. \_\_\_\_\_
- al rinnovo/rilascio dell'attestato di esenzione ticket.
- duplicato della tessera sanitaria e/o tessera sanitaria europea (TEAM)
- duplicato esenzione ticket
- (altro) \_\_\_\_\_

**A tal fine allego copia del mio documento di riconoscimento, in corso di validità.**

Data \_\_\_\_\_ in fede \_\_\_\_\_

La presente istanza viene sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario incaricato

La presente istanza viene sottoscritta dal delegato, previa esibizione di un valido documento di riconoscimento, e presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento del delegante.

Ricevuta il \_\_\_\_\_

Firma del Funzionario \_\_\_\_\_