



ATTIVITÀ DI SPORTELLO UNICO MODULO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

c.f.

residente a via

documento di riconoscimento** n°

rilasciato da in data

In qualità di diretto interessato (solo se maggiorenne)

In qualità di genitore del minore _____

In qualità di tutore/amministratore di sostegno di _____

DELEGA

Il/La Signor/a

nato/a a il

c.f.

residente a via

documento di riconoscimento n°

rilasciato da in data

A:

effettuare la scelta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

effettuare la revoca del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

richiedere il duplicato della Tessera Sanitaria di Assicurazione e Malattia e il ritiro del relativo certificato sostitutivo.

richiedere l'emissione ed il ritiro della Tessera/attestato di esenzione per patologia o invalidità.

richiedere il rilascio o a consegnare i modelli comunitari e formulari per assistenza sanitaria.

consegnare il modulo "consenso per il trattamento dei dati personali del paziente".

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personale raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

.....
(firma di chi delega)

.....
(firma del delegato)

**** Allegare fotocopia del documento di identità, in corso di validità, di chi delega.**