



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

ASSL N° 5 – ORISTANO

MODULO DI DELEGA

Ai sensi del D.L. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ in via _____
_____, CAP _____, Tel. _____

DELEGA

Il Sig. _____

Documento di riconoscimento _____ N. _____

Rilasciato da _____ il _____

a rappresentarlo presso l'ufficio di scelta e revoca del Medico.

Medico revocato _____

Medico scelto _____.

ORISTANO ____ / ____ / ____

IN FEDE

Si allega la fotocopia del documento del delegante

Si allega la fotocopia del documento del delegato

Tessera Sanitaria magnetica in originale