



DELEGA SCELTA E REVOCA

Mod D 2

Data / /

luogo

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a provincia (o stato estero)

documento di identità n° data rilascio / /

rilasciato da

residente nel comune di provincia

in via/piazza

iscritto negli elenchi assistiti della ASL/ ATS / di

DELEGA

Il/la sig./sig.ra

Nato/a a provincia (o stato estero)

documento di identità n° data rilascio / /

rilasciato da

a rappresentarlo per effettuare la scelta del/la dott./dott.ssa

e la revoca del/la dott./dott.ssa per se e per i seguenti familiari:

Table with 3 columns: (cognome e nome), (data di nascita), (rapporto di parentela). It contains four rows for listing family members.

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del delegante

Firma del delegato

Alla consegna della documentazione devono essere esibiti:
Fotocopia del documento di identità del richiedente delegante,
Originale del documento di identità del delegato.