SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE VENETO
AZIENDA U.L.SS. N. 4 "ALTO VICENTINO"
Via Rasa n. 9 - 36016 THIENE – Tel. 0445/389111 - Fax 0445/370457
Codice U.L.SS. 050/004 - c.f. e p.i. 00913490249

DELEGA ALL'EFFETTUAZIONE DELLA PRESTAZIONE DA PARTE DI PERSONA DIVERSA DELL'INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a: _____
Cognome e Nome

nato/a a _____ **il** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

☐ **residente a** _____ **Via**_____ **n°** |__|__|

☐ **domiciliato/a a** _____ **Via**_____ **n°** |__|__|

in possesso della tessera sanitaria |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DELEGA

Il/la Sig/ra: _____
Cognome e Nome

nato/a a _____ **il** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

☐ **residente a** _____ **Via**_____ **n°** |__|__|

☐ **domiciliato/a a** _____ **Via**_____ **n°** |__|__|

ad effettuare per proprio conto le operazioni amministrative presso gli sportelli dei Distretti Socio Sanitari.

Allega Copia del documento di identità (del delegante)

DATA: |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **FIRMA DEL DELEGANTE**: _____