

DELEGA

**da utilizzarsi esclusivamente per le operazioni di scelta e revoca
del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia presso
la postazione SISS del Comune di**

Il/la sottoscritto/a

Cod. Fiscale Nato/a il.....

Nato/a a Prov.

Residente a via n

DELEGA AD EFFETTUARE PER PROPRIO CONTO

Il Sig./ la Sig. ra

Cod. Fiscale Nato/a il.....

Nato/a a Prov.

Residente a via n

La revoca del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta

Dr.....

e **la scelta** del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta, dell'ambito territoriale di competenza del Comune e che non ha raggiunto il carico massimale di assistiti, di seguito indicato

Dr.....

ALLEGA a tal fine

copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento in corso di validità.

Tipo documento..... n.....

rilasciato dain data

Data Firma del delegante

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D. Lgs. n. 196/2003)

I dati personali del delegato e delegante indicati nel presente modulo saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste nel presente modulo. Il trattamento avverrà sia su supporto cartaceo che avvalendosi di strumenti elettronici, nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs n. 196/2003.