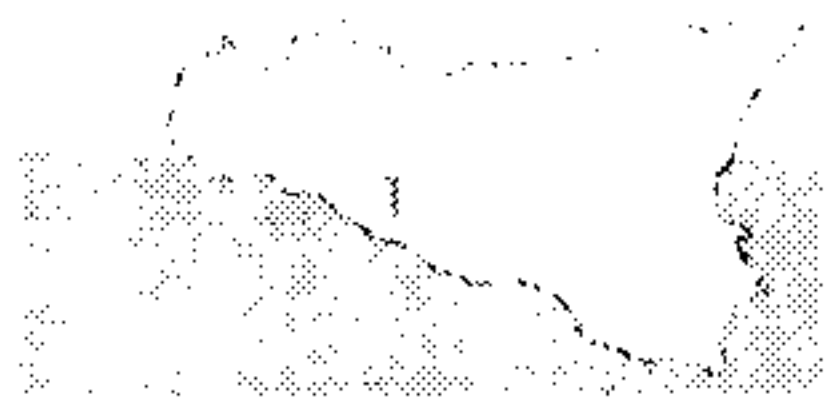




110

Mod. scelta e revoca.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO
Distretto Sanitario di Agrigento

Il/la Sottoscritt _____

nat ____ a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

Codice fiscale _____

DICHIARA DI
(Barrare la voce che interessa)

☐ **SCEGLIERE**

il Dott. _____

per se e/o per i componenti il proprio nucleo familiare

Cognome e nome	Codice fiscale	Grado parentela	Medico scelto

☐ **REVOCARRE** : ☐ per cambio di domicilio ☐ per cambio di residenza

il Dott. _____

per se e/o per i componenti il proprio nucleo familiare

Cognome e nome	Codice fiscale	Grado parentela	Medico da revocare

D E L E G A

il/la Sig. _____

nat ____ a _____ il _____

ad effettuare la scelta o la revoca del medico, nei termini sopra indicati, presso l'Ufficio Anagrafe assistiti di codesta ASP n.1

Luogo e data _____

Firmato _____

- Si allega Fotocopia di un documento di Identità del soggetto delegante.
- Documento di identità in corso di validità della persona delegata _____
Rilasciato il _____ da _____

L'impiegato ASP addetto