

**DELEGA PER IL SCELTA/REVOCA MEDICO di MEDICINA GENERALE (MMG)
O PEDIATRA di LIBERA SCELTA (PLS)**

Art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari di documentazione amministrativa

N.B.: non soggetta ad autentica. La sottoscrizione deve avvenire in presenza del dipendente addetto; se il modulo, firmato dal dichiarante, è presentato da altra persona o inviato per posta o via fax, deve essere accompagnato da fotocopia (fronte-retro) di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.

Io sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

Telefono _____

In quanto impossibilitato a recarmi presso il Distretto Sanitario

D E L E G O

Il/La signor/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

AD EFFETTUARE

- per mio conto **SCELTA** Medico di Medicina Generale (MMG)
- per mio figlio Cognome Nome _____

data di nascita _____ **SCELTA** Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG) del distretto sanitario, previa consultazione dell'elenco dei Medici di Medicina Generale o dei Pediatri di Libera Scelta convenzionati con l'Azienda Sanitaria.

REVOCA del Medico di Medicina Generale (MMG) /Pediatra di Libera Scelta (PLS)

Dr. _____

ATTENZIONE: la persona autorizzata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento valido e la fotocopia di un documento di riconoscimento valido della persona titolare della documentazione ("Deleg ante" cioè colui che firma la delega).

Con la presente delega il sottoscritto libera l'Azienda da qualsiasi responsabilità al riguardo

Luogo e Data _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs. 196/2003

I dati riportati nella presente dichiarazione verranno utilizzati dall'ASUIUD solo con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata

Il presente modulo deve essere consegnato presso gli Uffici Anagrafe Sanitaria del Distretto