

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ documento di identità (carta di
identità/patente/passaporto) n _____ rilasciato da _____
il _____

chiede

di poter scegliere il dott. _____ quale
medico di fiducia.

Data _____

Firma _____

N.B.: allegare una fotocopia del documento di identità

.....

Il/La sottoscritto/a (delegante) _____ nato/a
a _____ il _____ documento di identità (carta
di identità/patente/passaporto) n _____ rilasciato da _____
il _____

autorizza

in sua vece il/la Sig/ra _____
nato/a a _____ il _____ documento di
identità (carta di identità/patente/passaporto) n _____ rilasciato da
_____ il _____ **alla scelta**
del dott. _____ .

Data _____

Firma _____

N.B.: allegare una fotocopia dei documenti di identità sia del delegante che del delegato