



AZIENDA USL  
VALLE D'AOSTA

UNITÉ SANITAIRE LOCALE  
VALLÉE D'AOSTE

## MODELLO DI DELEGA

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

### AUTORIZZA

\_\_\_\_\_ del Dott. \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ del Dott. \_\_\_\_\_  
in sua vece il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
documento d'identità (carta di identità/patente/passaporto) \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
  
data \_\_\_\_\_

Firma

---

N.B.: la persona delegata dovrà presentarsi munita sia di un documento di identità del delegante sia del proprio.