



AZIENDA USL
VALLE D'AOSTA

UNITÉ SANITAIRE LOCALE
VALLÉE D'AOSTE

**DELEGA PER LA CONSEGNA DELL'AUTOCERTIFICAZIONE DEL
DIRITTO ALL'ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET PER LE PRESTAZIONI DI
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

COD. E01 – E02 – E03 – E04

(DM 11 Dicembre 2009)

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a il ___/___/___ a _____, residente a _____ Prov. ____
Via _____ n. _____, documento d'identità n.
_____ rilasciato da _____ il ___/___/___,

DELEGA

il/la signor/signora _____,
nato/a il ___/___/___ a _____, residente a _____ Prov. ____
Via _____ n. _____, documento d'identità n.
_____ rilasciato da _____ il ___/___/___,

alla consegna dell'autocertificazione del diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per motivi di reddito (DM 11 Dicembre 2009) ed al relativo ritiro del certificato di esenzione.

Data _____

Firma _____

N.B.: presentarsi con i documenti d'identità originali del delegante e del delegato.