



MOD. ALL. 3

MODULO DI DELEGA PER RICHIESTA INFORMAZIONI E/O SEGNALAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (nome e cognome) _____
nato a _____ il _____ e residente
a _____ in Via _____
tel. _____ documento di identità n° _____ rilasciato da
_____ in data _____, di cui allega copia fotostatica.

Con riferimento all'episodio di cura e/o prestazione sanitaria da me eseguito e/o effettuata presso
_____ (indicare struttura) in data _____

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a (provincia) _____ il _____
e residente a _____
in Via _____ città _____
tel. _____ documento di identità n° _____
rilasciato da _____ in data _____, di cui allega copia fotostatica.

**A RICHIEDERE PER MIO CONTO INFORMAZIONI E/O PRESENTARE SEGNALAZIONI
SECONDO LE MODALITÀ E TERMINI CONSENTITI DALLA STRUTTURA**

Data _____ Firma _____

Si allega:

- copia di un documento d'identità e della tessera sanitaria in corso di validità del delegante e del delegato