



MOD. ALL. 3

MODULO DI DELEGA PER RICHIESTA INFORMAZIONI E/O SEGNALAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/ (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