
 Sistema Sanitario Regione Liguria	Allegato n° 8 alla PQA 1189 – “Sportelli polifunzionali – gestione istanze cittadini e modulistica”		MOD 1310 Rev. n 1 del 06/12/2021 Pag. 1/1
	Sistema Gestione Qualità Aziendale ATTO DI DELEGA		

Il/la sottoscritto/a _____ nato il _____
 tel. _____ residente a _____ in Via/P.zza _____

delega

Il/la sig./sig.ra _____ nato il _____
 _____ tel. _____ residente a _____ in
 Via/P.zza _____ n° _____
 (identificato tramite documento n. _____ rilasciato da _____
 _____ scadenza _____)

all'effettuazione delle seguenti operazioni

- Iscrizione/rinnovo
- Scelta Pediatra o Medico di Medicina Generale
- registrazione esenzione allegata
- richiesta duplicato del libretto sanitario o TEAM
- rimborso ticket per la prestazionericevuta n.....
- ritiro/consegna modulo consenso al DSE
- altro _____

Luogo e data _____

Firma del delegante _____

Documenti da allegare: copia documento identità delegante