



Azienda Sanitaria Provinciale Messina
Via La Farina, 263/n - 98123 Messina
P.IVA: 03051870834

Ufficio Anagrafe Assistiti – Modulo delega

sottoscritt _____
nat a _____ il
Codice Fiscale _____ residente a _____
via _____ n. documento riconoscimento** _____
rilasciato da _____ il _____

In qualità di diretto interessato (solo se maggiorenne)

In qualità di genitore del minore _____

In qualità di tutore amministratore di sostegno di _____

DELEGA

Signor _____ nat a _____
il _____ Codice Fiscale _____
residente _____ via _____
documento di riconoscimento _____ n.° _____
rilasciato da _____ il _____

A:

- Effettuare la scelta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta
- Effettuare la revoca del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta
- Richiedere il duplicato della Tessera Sanitaria di Assicurazione e Malattia e ritiro del relativo certificato sostitutivo
- Richiederei l'emissione ed il ritiro della Tessera/Attestato di esenzione per patologia o invalidità
- Richiedere il rilascio o il ritiro dei modello comunitari e formulari per assistenza sanitaria
- Consegnare il modulo consenso per il trattamento dei dati personali del paziente

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con sistemi informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

(firma di chi delega)

(firma del delegato)

**Allegare fotocopia del documento di identità, in corso di validità, di chi delega.