

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via/Piazza _____
recapito telefonico _____

DELEGA

Il/la sig/ra FELISATI MASSIMO
nato/a a DOMODOSSOLA il 06.08.1962
residente a VANZONE CON S. GABO Via/Piazza VIA BOZZO 19/B

- ☒ a scegliere per me quale medico di fiducia il Dott. ORAZIO GERACI
- ☐ a revocare per me il Dott. _____
- ☐ rinnovo/rilascio dell'attestato di esenzione ticket
- ☐ duplicato della tessera sanitaria e/o tessera sanitaria europea (TEAM)
- ☐ duplicato esenzione ticket
- ☐ altro

Firma del delegante

Luogo e data _____

VISTO DEL COMUNE IL SINDACO