

Modulo A

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ documento di identità (carta di
identità/patente/passaporto) n. _____ rilasciato da
_____ il _____

Chiede

di poter scegliere il dott. _____
quale medico di fiducia.

Data _____ Firma _____

N.B.: allegare una fotocopia del documento di identità

Modulo B

Il/La sottoscritto/a (delegante) _____
nato/a a _____ il _____ documento di
identità (carta di identità/patente/passaporto) n. _____ rilasciato da
_____ il _____

Autorizza

in sua vece il/la Sig/ra _____ nato/a a
_____ il _____ documento di
identità (carta di identità/patente/passaporto) n. _____ rilasciato da
_____ il _____ alla scelta
del dott. _____.

Data _____ Firma _____