

## 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 \_\_\_\_\_