



REGIONE PUGLIA
Azienda Unità Sanitaria Locale TA
Distretto Socio-Sanitario Unico di Taranto
Via Scotti - Taranto
74121 Taranto
Tel. - 099/7786998 - Fax 099/7786985

**DELEGA PER LA SCELTA/REVOCA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
DA PARTE DI PERSONA DIVERSA DALL'ASSISTITO**
(Art. 40-41 Accordo collettivo nazionale per la medicina generale)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ () il _____ residente a _____

In via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 455 del 28/12/2000

DELEGA

Il/La Sig./ra _____

Nato/a _____ () il _____ residente a _____

In via _____ n. _____

AD EFFETTUARE

La scelta del Dr. _____

La revoca del Dr. _____

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la prestazione viene resa.

Taranto, li ____/____/____ Firma del delegante _____

N.B. La persona delegata deve presentarsi munita di:

- ☐ Fotocopia del documento di riconoscimento del delegante;
- ☐ Tessera di iscrizione al SSN dell'assistito;
- ☐ Proprio valido documento di riconoscimento

n. _____ rilasciato da _____ in data _____

Firma dell'operatore ASL
