



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Est

Il/l_ sottoscritt_ _____

Nat_ _____ (Prov. _____) il ____/____/____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Allega Tessera Sanitaria e copia del proprio documento di riconoscimento _____
Indicare il tipo di documento

N. _____ Rilasciato da _____ Scadenza _____

essendo impossibilitato/a a provvedere personalmente alla scelta del medico di fiducia e non potendo delegare a ciò i propri familiari,

DELEGA

Il/l_ sig. _____

Nat_ a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

Residente a _____ Via _____ n. _____

A scegliere quale medico di fiducia il Dr. _____.

Data, _____

Il delegante

Articolazione territoriale Alta Valle Seriana e Valle di Scalve

Punto erogativo di _____

Il sottoscritto Funzionario, accertata l'identità del delegato a mezzo di _____

_____ ¹ scadenza _____, ha provveduto alla attribuzione del medico di

fiducia secondo le indicazioni di cui sopra.

Data, _____

Il Funzionario

¹ Indicare il documento di riconoscimento o la conoscenza diretta.