

119



Mod. richiesta TEAM / TS

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO

Distretto Sanitario di Agrigento

Il/la Sottoscritt \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

CHIEDE

(Barrare la voce che interessa)

- il rilascio della tessera TEAM -TS;
- il rilascio del sostituto della tessera TEAM-TS

Per se e/o per il proprio nucleo familiare

Cognome e nome	Grado di parentela

DELEGA

Il/la Sottoscritt \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

al ritiro del sostituto della tessera TEAM- TS

Luogo e data \_\_\_\_\_

Si allega:

- Fotocopia di un documento di Identità del soggetto delegante.
- Documento di identità in corso di validità della persona delegata  
Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_
- Modello dati TEAM- TS

L'Impiegato ASP addetto