



113

Mod. richiesta

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO

Distretto Sanitario di Agrigento

Il sottoscritto Nato il.....
a..... C.F.:..... attività lavorativa.....
residente in Via..... tel.....
documento di riconoscimento..... N°..... del.....
con medico di medicina generale / pediatra Dott..... dal.....
in possesso di idonea documentazione sanitaria che allega,

chiede per se e/o per i componenti del proprio nucleo familiare

Cognome e nome	Codice fiscale	Grado di parentela

il rilascio di:
(barrare la voce che interessa)

- tessera di esenzione ticket
- duplicato o rinnovo della tessera di esenzione ticket n.
- autorizzazione per la fornitura di presidi / ausili / protesi e/o ortesi
- autorizzazione per la fornitura di prodotti dietetici
- autorizzazione di piano terapeutico per il farmaco
 -
 -
- Altro.....

DELEGA AL RITIRO

Il sig..... C.F.:.....
documento di riconoscimento..... N°..... del.....
(relazione di parentela.....)

Agrigento.....