

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO
Distretto Sanitario di _____

Il/la Sottoscritt _____

nat__ a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

Codice fiscale _____

DICHIARA DI

(Barrare la voce che interessa)

☐ **SCEGLIERE**

il Dott. _____

per se e/o per i componenti il proprio nucleo familiare

Cognome e nome	Codice fiscale	Grado parentela	Medico scelto

☐ **REVOCARE** : ☐ per cambio di domicilio ☐ per cambio di residenza

il Dott. _____

per se e/o per i componenti il proprio nucleo familiare

Cognome e nome	Codice fiscale	Grado parentela	Medico da revocare

D E L E G A

il/la Sig. _____

nat__ a _____ il _____

ad effettuare la scelta o la revoca del medico, nei termini sopra indicati, presso l'Ufficio Anagrafe assistiti di questa ASP n.1

Luogo e data _____

Firmato _____

- **Si allega Fotocopia di un documento di Identità del soggetto delegante.**
- **Documento di identità in corso di validità della persona delegata** _____
Rilasciato il _____ **da** _____

L'impiegato ASP addetto