

All'Azienda ULSS n. 6 Euganea  
Via E. degli Scrovegni, 14  
35131 PADOVA

c.a. Sportello Amministrativo Distrettuale  
di \_\_\_\_\_

**Modello di Delega alla SCELTA/REVOCA/CAMBIO del Medico di Assistenza Primaria**

- Medico di Medicina Generale**  
 **Pediatra di Libera Scelta**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

T.S.(cartacea) \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

ad effettuare:  SCELTA       REVOCA       CAMBIO MEDICO

esplicitare l'operazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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

Firma del delegante \_\_\_\_\_

Allegare copia del documento di identità in corso di validità del delegante.

Il "delegato" deve essere persona maggiorenne, deve esibire un proprio documento di identità e deve essere munito della tessera sanitaria (TEAM e cartacea) del delegante.