



MODULO DI DELEGA

ALL'ASST DI LODI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ prov. _____
il ____/____/____ e residente a _____ prov. _____
in via/piazza _____, n° _____ CAP _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità _____ n. _____
rilasciata da _____ il ____/____/____
in qualità di _____
vista l'impossibilità ad attendere l'attività per la quale si conferisce la presente autorizzazione,

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____, nato/a a _____
il ____/____/____ e residente a _____ prov. _____
in via/piazza _____, n° _____ CAP _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità _____ n. _____
rilasciata da _____ il ____/____/____
a richiedere per mio conto (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

Luogo e Data

Firma Delegante

N.B. si allega Carta d'Identità del delegante

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi

26900 Lodi - Piazza Ospitale, 10 - Tel. 0371-37.1 / Fax 0371-37.6438 - C.F.
e P.IVA 09322180960