
MODELLO di DELEGA SERVIZI PUNTO ASSISTITO SALUTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____

il _____

DELEGA

Il/La sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____

il _____

ai seguenti servizi on line (barrare i servizi che si intende delegare):

- gestione del Fascicolo Sanitario Elettronico
- gestione delle deleghe (inserimento e variazione)
- gestione dei consensi (Consenso permanente ritiro referti on line)
- certificazione del dispositivo mobile per l'uso del servizio "Ritiro farmaci con Tessera Sanitaria" in forma occasionale
- scelta di una farmacia abituale per l'uso del servizio "Ritiro farmaci con Tessera Sanitaria".

Luogo e Data Firma Delegante

.....

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante