

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

**MODULO DI DELEGA****IL DELEGANTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Stato di nascita \_\_\_\_\_

Residente/Domiciliato \_\_\_\_\_

In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**DELEGA****IL DELEGATO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Stato di nascita \_\_\_\_\_

Residente/Domiciliato \_\_\_\_\_

In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**a (indicare il tipo di richiesta per cui si effettua la delega):**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Luogo e data** \_\_\_\_\_**IL DELEGANTE**\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)**Alla delega deve essere allegata fotocopia di un documento di identificazione del delegante.**