



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____

(prov) _____ il ____/____/____ residente a _____ (prov) _____

in via _____ n° _____

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra

Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____

(prov) _____ il ____/____/____ residente a _____ (prov) _____

in via _____ n° _____

a _____

Luogo e data

_____/____/____

firma del delegante

Esibire documento di identità del delegato e del delegante