



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Mantova

Punto di Contatto Olistico Mantovano

Ufficio Gestione Assistiti

gestioneassistiti.ostiglia@asst-mantova.it

tel. 0376 435893 | fax 0376 750989

Via Bugatte 1, 46036 Borgo Mantovano (MN)

MODULO DELEGA SCELTA MEDICO

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____ n. tel. _____

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

a rappresentarlo presso codesto ufficio per lo svolgimento delle operazioni di scelta/revoca del Medico di Famiglia

per sé stesso

per sé stesso e per i familiari conviventi minorenni di seguito indicati

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Grado di parentela

**Il Medico Dr. _____

**(Salvo disponibilità del medico stesso)

Si allega copia del documento di identità del delegante e del delegato nonché copia delle tessere sanitarie dei richiedenti

Data

Firma

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it

Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201