



ASL  
ROMA 5

# AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5

DISTRETTO DI \_\_\_\_\_



REGIONE  
LAZIO

Il / La sottoscritta \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

DELEGA

Il / La Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_

Agli adempimenti autorizzativi necessari al rilascio di :

SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

1<sup>a</sup> SCELTA : DOTT.

2<sup>a</sup> SCELTA : DOTT.

3<sup>a</sup> SCELTA : DOTT.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estremi del documento di riconoscimento:

- Del Delegante (\*)

- Del Delegato (\*\*)

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile del delegante

(\*) da esibire in fotocopia, all'atto della consegna che verrà trattenuta agli atti  
(\*\*) da esibire in originale, al momento della consegna