



## COMUNE DI GIARDINI NAXOS

### DELEGA

**da utilizzarsi esclusivamente per le operazioni di scelta e revoca del Medico di Base presso la postazione del Comune di GIARDINI NAXOS**

Il/lasottoscritto/a.....nato a .....

il .....residente a Giardini Naxos in Via .....

n ..... Codice Fiscale .....

### DELEGA AD EFFETTUARE PER PROPRIO CONTO

Il Sig./ la Sig. ra .....

Codice Fiscale.....Nato/a.....il.....

Residente a.....in via.....n.....

**La revoca** del Medico di Base di Libera Scelta  
Dr.....

**e la scelta** del Medico di Base di Libera Scelta, dell'ambito territoriale di competenza del Comune e che non ha raggiunto il carico massimale di assistiti, di seguito indicato  
Dr.....

### ALLEGA a tal fine

copia fotostatica del seguente documento di riconoscimento in corso di validità.

Tipo documento..... n.....

rilasciato da .....in data .....

Data ..... Firma del delegante .....

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 D. Lgs. n. 196/2003) I dati personali del delegato e delegante indicati nel presente modulo saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste nel presente modulo. Il trattamento avverrà sia su supporto cartaceo che avvalendosi di strumenti elettronici, nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs n. 196/2003.