

ds34.uoml@aslnapoli3sud.it
ds34.visitefiscali.pec.aslnapoli3sud.it
Tel. 081 5509407-33-35-42

UOS CURE PRIMARIE
- Settore Medicina Legale

MODELLO PER DELEGA

La sottoscritta _____ nata il _____
a _____ prov. _____ residente a _____
prov. _____ Via / p.zza _____ n° _____ cap. _____
Cod. fiscale _____ documento d'identità n° _____
rilasciato da _____ il _____ in qualità di richiedente

DELEGA

Il/ la Sig. _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ e residente _____
prov. _____ C.F.. _____ documento d'identità n° _____
rilasciato da _____ il _____,
alla presentazione ed al ritiro dell' _____

Data _____

Firma
