

## Delega

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

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### delega

la sig.ra/il sig. \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### a operare per proprio conto:

- sul proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- sui servizi online sanitari regionali (per esempio scelta e revoca medico, esenzione per patologia, pagamento ticket web, vaccinazioni).

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Portare con sé presso il Punto Assistito:*

- tessera sanitaria e copia di documento di riconoscimento in corso di validità del delegante;
- tessera sanitaria e copia di documento di riconoscimento in corso di validità del delegato.