SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5

AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5

DISTRETTO DI

_____

REGIONE LAZIO

Il /La sottoscritta_____

DELEGA

Il / La Sig. / Sig.ra _____

Agli adempimenti autorizzativi necessari al rilascio di :

_____

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