

DELEGA

iscritto/a _____

_____ il _____ cod. fiscale _____

a _____ in Via _____

Curante _____

DELEGA

/Sig.ra _____

_____ il _____ Prov. _____

ale _____ residente _____

ttoscrizione di qualsiasi documentazione necessaria per usufruire del Servizio Domiciliare di
oterapia a carico della AUSL N 4 di Enna. di

1 fotocopia del proprio documento di riconoscimento e del delegato. di

ta _____

Firma dell'assistito