



**DELEGA RICHIESTA PER LA GESTIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) TRA
SOGGETTI MAGGIORENNI**

Il /la sottoscritt _____

Codice Fiscale _____

Nat_ a _____ il _____

Residente in _____

DELEGA

Il / la Sig./ra _____

Codice Fiscale _____

Nat_ a _____ il _____

Residente in _____

a richiedere una delega FSE come persona di fiducia per proprio conto.

Data e firma del delegante _____

NOTA BENE

**A CORREDO DEL PRESENTE MODULO DOVRANNO ESSERE PRESENTATE
COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO**