



U.O.S. VERIFICA SANITARIA ATTIVITÀ RIABILITATIVE ACCREDITATE DISTRETTO N. 1

Responsabile: Dr. ssa Enrica TOMMASI

Tel. 0746/278693 – Fax 0746/278755 – e.mail: e.tommasi@asl.rieti.it

DELEGA

Io sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

delego il/la sig. _____
(Nome e Cognome)

a rappresentarmi per gli atti relativi a:

Richiesta di ricovero

Ritiro autorizzazione al ricovero

Ritiro autorizzazione alla proroga

Altro _____

Data _____

(Firma del richiedente per esteso e leggibile)

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento della persona delegata.