



REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE NO - NOVARA

Sede legale: Viale Roma, 7 - 28100 NOVARA

PARTITA I.V.A.: 01522670031

In data _____, il dipendente _____, dell'A.S.L. NO di Novara, riceve il

MODELLO di DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

ai seguenti servizi on line (barrare i servizi che si intende delegare):

- SOL assistenza
- Pagamento ticket web
- Il mio medico (scelta/cambio medico)
- Vaccinazioni (stampa certificati vaccinali)
- Gestione Consensi
- Covid
- Esenzioni per patologia
- Estratto conto (pagamenti effettuati per spese sanitarie)
- Ritiro referti e immagini
- Ricette dematerializzate (visualizzazione)
- Taccuino (annotazioni e osservazioni personali condivisibili con strutture sanitarie)
- Ritiro e Consultazione documenti sanitari

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'