



**AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA G**  
**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