

FORMULARIO PER LA RIMOZIONE DI UN RAPPRESENTANTE

La preghiamo di riempire i seguenti campi con le sue informazioni personali. Esse devono corrispondere a quanto riportato sul suo documento d'identità.

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____ Sesso: femmina maschio

Via e numero: _____

NPA e località: _____

Numero del documento d'identità: _____ Documento valido fino al: _____
(Allegare una fotocopia)

Tipo di documento: _____

Nazionalità: _____

Numero AVS: _____ . _____ . _____ . _____

Attuale rappresentante del paziente:

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Con la presente, accetto che il rappresentante da me designato fino a questo momento e sopra indicato, venga rimosso con effetto immediato. Lo stesso non sarà più autorizzato ad accedere o ad agire per conto della sottoscritta/del sottoscritto sulla cartella informatizzata. **(Si prega di allegare una copia del documento di identità valido del paziente)**

IL/LA PAZIENTE:

Data e luogo: _____

Firma: _____