



Croce Rossa Italiana



MODELLO DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
 residente in via _____ CAP _____ Città _____
 Codice Fiscale _____ Documento di identità n. _____
 rilasciato da _____ il ___/___/_____ Tel./Cell. _____

DELEGA PER L'INTERA DURATA DEL PIANO TERAPEUTICO

Il/La Sig./Sig.ra _____ Volontario/a della C.R.I. – Comitato
 di Catania – Unità Territoriale di Randazzo nato/a _____ il _____
 residente in via _____ CAP _____ Città _____
 Codice Fiscale _____ Documento di identità n. _____
 rilasciato da _____ il ___/___/_____

Al ritiro del piano terapeutico presso la farmacia ospedaliera di Bronte (CT) e consegna presso il domicilio indicato qui di seguito:

Luogo e Data _____

Firma Delegante _____

Firma del Delegato _____

***ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E
 TESSERA SANITARIA DEL DELEGANTE**

**Il Delegato dovrà accreditarsi sul luogo dell'evento presentando un documento di identità in corso di validità.