



Alma Mater Studiorum –Università di Bologna  
Dipartimento di Scienze Mediche Veterinarie

**Allegato 3**  
**Delega per richiesta prestazioni sanitarie**

**Pag. 1 di 1**

SOP 07-01 Accettazione presso il punto accettazione  
centralizzato

**Rev. 1**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(CAP \_\_\_\_\_)

Tipo documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DELEGO**

il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(CAP \_\_\_\_\_)

Tipo documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**A**

**RICHIEDERE PRESTAZIONI SANITARIE PER GLI ANIMALI DI MIA PROPRIETA':**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Si allegano fotocopie del documento di riconoscimento del PROPRIETARIO e del DELEGATO**