

 <b>ASL Nuoro</b> Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO	Mo_CAS_005
	<b>CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (C.A.S)</b>	
<b>CAS – DELEGA INVIO/RITIRO ESENZIONE</b>		

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento identità: ☐ carta identità ☐ patente ☐ passaporto

Numero \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### **AUTORIZZA**

Il personale del Centro Accoglienza Servizi (CAS) di Nuoro a:

- ☐ **inviare** la richiesta di esenzione 048 al distretto di competenza
- ☐ **ritirare** il suddetto certificato di esenzione per patologia.

**A tale scopo autorizza l'effettuazione di copia fotostatica della propria Tessera Sanitaria.**

Nuoro, lì (data) \_\_\_\_\_ Firma paziente/Legale rappresentante \_\_\_\_\_