

AL MINISTERO DELLA SALUTE
DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'
DIREZIONE GENERALE DELLE RISORSE
UMANE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE
UFFICIO IV
VIA GIORGIO RIBOTTA, 5
00144 ROMA

Il sottoscritt _____
(cognome e nome – per le donne indicare prima il cognome originale e poi quello da sposata)

nat _____ a _____
(città e Stato)

il _____
(giorno, mese ed anno)

residente a _____

in Via/piazza _____

cittadin _____
(indicare la cittadinanza)

in possesso del documento di identità _____
(specificare se Passaporto, carta di identità. Ecc)

numero _____ **che si allega in copia**

avendo fatta richiesta per _____
(specificare il tipo di richiesta presentata)

al MINISTERO DELLA SALUTE ITALIANO
(specificare l'Amministrazione o l'Ente presso cui è stata inoltrata la richiesta)

DELEGA

La Sig.ra MASI IRENE
(Cognome e nome)

nato a CECCANO (FR) - ITALIA
(Città e Stato)

il 07/02/1965
(giorno, mese ed anno)

residente a CECCANO (FR) – ITALIA
(Città e Stato)

in Via/Piazza G. BRODOLINI, 27 c.a.p. 03023

in possesso del documento di identità CARTA D'IDENTITA'
(specificare se Passaporto, Carta di identità, ecc)

numero N° AN 3735810 **che si allega in copia**

a seguire l'istruttoria della pratica per il riconoscimento del titolo professionale presso il Ministero della Salute italiano,
ed eventualmente a presentare o ritirare documentazione presso codesto Ministero
(specificare dettagliatamente l'incarico che dovrà svolgere la persona delegata: consegna documenti, ritiro documenti, ecc.)

Luogo e data _____

Firma _____