

DELEGA PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a

Nato a il

Residente in

Via n

DELEGA

Il /La sig./Sig.a

Nato/ail

Residente in

Via n

AL RITIRO DELLA seguente documentazione:

(specificare la documentazione richiesta)

Dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13 D. Lgs 196/2003). LUOGO e

DATA FIRMA (leggibile) DEL DELEGANTE _____

N.B:

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato