



DELEGA PER RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

IL SOTTOSCRITTO SIG (delegante)

NATO A _____ IL _____
RESIDENTE IN _____
ALLA VIA/PIAZZA _____ N° _____
DOCUMENTO D'IDENTITA' (Patente/Carta d'Identità) N° _____
RILASCIATO DAL COMUNE/PREFETTURA DI _____
(Allegare copia fotostatica del Documento di Identità)
TELEFONO / CELLULARE N° _____

DELEGA

IL SIG. (delegato) _____
NATO A _____ IL _____
RESIDENTE IN _____
ALLA VIA/PIAZZA _____ N° _____
DOCUMENTO D'IDENTITA' (Patente/Carta d'Identità) N° _____
RILASCIATO DAL COMUNE/PREFETTURA DI _____
(Allegare copia fotostatica del Documento di Identità)
TELEFONO / CELLULARE N° _____

1

esonero l'Ente da ogni e qualsiasi responsabilità relativamente al ritiro dell'anzidetta documentazione sanitaria.

Luogo e Data _____

**IL SOTTOSCRITTO (firma leggibile)
(delegante)**

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.