

**DELEGA****Per ritiro della documentazione sanitaria.**

La/Il sottoscritta/o (1) _____

Nato/a a _____ il _____

C.F. _____, residente in _____

Via _____ n. _____

DELEGA

La /Il Sig.ra/Sig (2) _____

Nato/a a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

Via _____ n. _____

AL RITIRO DELLA seguente documentazione

Dichiara, inoltre, di essere informato/a 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.: 1) Si allega alla presente fotocopia del documento di identità del delegante.

2) Colui che ritira il documento sanitario deve essere persona maggiorenne e munito di proprio documento di identità.