



Ambito Territoriale:
Massa e Carrara

DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE

SANITARIA

All. n.01
Rev. 01
del 10/01/2019
Pag. 1 di 1

Il/la sottoscritto/a

nato/a a, il

residente a

DELEGA

il Sig./Sig.ra nato/a a

il

al ritiro della propria documentazione sanitaria (*specificare*):

.....

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ATTENZIONE

- Allegare fotocopia di un documento d'identità valido del "delegante" (cioè di colui che firma la delega).
- Colui che ritira la documentazione sanitaria (il "delegato") deve essere persona maggiorenne e deve esibire un proprio documento di identità.

SENZA QUESTE CONDIZIONI LA DOCUMENTAZIONE NON VERRA' RILASCIATA !!!

.....
(luogo e data)

.....
(firma per esteso del delegante)