

DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ___/___/___ residente a _____

DELEGA

Il Sig./La Sig.ra _____ nato/a a _____, il _____

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

al ritiro della documentazione sanitaria _____

di (Cognome e Nome) _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, 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 di identità valido del "delegante"

Colui che ritira la documentazione sanitaria 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) _____

DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ___/___/___ residente a _____

DELEGA

Il Sig./La Sig.ra _____ nato/a a _____, il _____

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

al ritiro della documentazione sanitaria _____

di (Cognome e Nome) _____

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, 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 di identità valido del "delegante"

Colui che ritira la documentazione sanitaria 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) _____