

**ATTO DI DELEGA**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in Via _____ n. _____

Cod. Fiscale _____

D E L E G A

Il/La Sig. _____ nato a _____

il _____ residente a _____

in Via _____ n. _____

● ad effettuare per proprio conto:

la scelta del Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta tra quelli disponibili

la scelta del Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta Dr. _____

● al rilascio del seguente documento:

duplicato tessera sanitaria

richiesta modulistica per l'estero

ritiro esami di laboratorio

altro (specificare) _____

Informativa privacy ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196.

I dati forniti saranno trattati con modalità manuali ed informatizzate per le finalità connesse alla dichiarazione. Il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità di valutare la domanda. I dati non saranno oggetto di diffusione e comunicazione. Al dichiarante è riconosciuto il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti di cui all'art.7 del D.Dls. 196/2003. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ulss 9 Scaligera. Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore di Distretto.

(luogo e data)_____
Il/la delegante (per esteso e leggibile)**N.B. : LA PERSONA DELEGATA DEVE PRESENTARE FOTOCOPIA FRONTE RETRO SIA DEL PROPRIO DOCUMENTO DI IDENTITA' SIA DI QUELLO DELLA PERSONA DELEGANTE.**