



ATTO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato il _____
(cognome) (nome)

a _____ (_____) residente in Via _____ n. _____
(prov.)

c.a.p. _____ CODICE Fiscale _____

DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato il _____
(cognome) (nome)

a _____ (_____) residente in Via _____ n. _____
(prov.)

c.a.p. _____ a _____ CODICE Fiscale _____

- 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 Regolamento UE 2016/679

I dati forniti saranno trattati con modalità manuali ed informatizzate per le finalità connesse alla dichiarazione. I dati non saranno oggetto di diffusione ma di eventuale comunicazione al Comune di residenza per verifiche. Al dichiarante è riconosciuto il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti di cui all'art. 7 del Regolamento UE 2016/679. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda ULSS. Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore del Distretto.

(luogo, data)

IL/LA DICHIARANTE

N.B.: LA PERSONA DELEGATA DEVE PRESENTARE FOTOCOPIA FRONTE E RETRO SIA DEL PROPRIO DOCUMENTO DI IDENTITA' SIA DI QUELLO DEL DELEGANTE.