

**MODULO PER DELEGA**

Il sottoscritto _____

Nato/a a: _____ Prov : _____ il ____ / ____ / ____

Residente in _____ Prov _____ Cap _____

Via/Piazza _____ n° _____

Codice fiscale _____

Recapiti telefonici _____

IN QUALITA' DI TITOLARE DEI DATI SANITARI DELEGO: alla richiesta al ritiro**Il Sig.r/ Sig.ra :**

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a: _____ Prov : _____ il ____ / ____ / ____

Residente in _____ Prov _____ Cap _____

Via/Piazza _____ n° _____

Codice fiscale _____

Recapiti telefonici _____

Il sottoscritto è a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato ai sensi del D.lgs. 196/2003 e che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione precedente, verranno applicate le sanzioni previste.

Firma del delegante: _____ **allegare copia documento d'identità**Firma del delegato: _____ **allegare copia documento d'identità**Data _____ **Firma operatore: _____**