



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 Regolamento UE 2016/679 e che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni previste.

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

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

Data _____

Firma operatore: _____