

## DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... in via ..... tel .....

### DELEGA

1. Il Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il .....

2. Il Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il .....

3. Il Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il .....

4. Il Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il .....

5. Il Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il .....

6. Il Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il .....

**al ritiro della propria documentazione sanitaria presso la seguente struttura dell'A.A.S. N.2 "BASSA FRIULANA-ISONTINA"**

(specificare l'Ospedale / Distretto / Dipartimento) .....

La presente delega ha validità permanente fino a comunicazione di revoca.

Dichiara di essere a conoscenza che il delegato dovrà essere persona maggiorenne e dovrà esibire al momento del ritiro un proprio documento di identità.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega fotocopia di un documento di identità valido.

.....  
(luogo e data)

.....  
(firma per esteso del delegante)

RISERVATO ALL'UFFICIO

Ospedale / Distretto / Dipartimento .....

Delega depositata presso questo Ufficio e registrata al n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

Copia della presente viene rilasciata ai delegati che la devono esibire al momento del ritiro della documentazione sanitaria, contestualmente all'esibizione di un proprio documento d'identità.

In caso di revoca, sarà cura del delegante provvedere a ritirare le copie di delega rilasciate ai delegati.

Data ..... Timbro e firma del funzionario incaricato.....