

## DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a .....

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

### DELEGA

il Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il .....

al ritiro della propria documentazione sanitaria (*specificare*): .....

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.

### ATTENZIONE

- Allegare fotocopia di un documento d'identità valido del "delegante" (cioè di colui che firma la delega).
- Colui che ritira la documentazione sanitaria (il "delegato") deve essere persona maggiorenne e deve esibire un proprio documento di identità.

**SENZA QUESTE CONDIZIONI LA DOCUMENTAZIONE NON VERRA' RILASCIATA !!!**

.....  
(luogo e data)

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