



DELEGA AL RITIRO DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA/SANITARIA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, COGNOME

NOME.....NATO/ A IL.....

A(PROV.....)

RESIDENTE IN(PROV.....)

VIAN°..... C.A.P.

TEL.....

ALLEGA DOCUMENTO D'IDENTITA' :

In qualità di intestatario della documentazione sanitaria e/o sadi interessato alla documentazione amministrativa richiesta come da copia di richiesta allegata e protocollata

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra, COGNOME

NOME.....NATO/ A IL.....

A(PROV.....)

RESIDENTE IN(PROV.....)

VIAN°..... C.A.P.

A ritirare copia della documentazione sanitaria e/o amministrativa richiesta come da documento allegato

Il sottoscritto ai sensi del d. lgs 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Lì..... Il dichiarante.....

A cura dell'operatore addetto ASM _____

Dipendente della U.O. _____

Preso visione del documento d'identità PAT. N°
 CARTA d'ID. N°
 ALTRI