



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, secondo il Regolamento UE n°679/2016 (c.d.GDPR), 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

- **Mostrare o 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.**

SENZA QUESTE CONDIZIONI LA DOCUMENTAZIONE NON VERRA' RILASCIATA

(luogo e data)

(firma per esteso del delegante)