

DELEGA PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto/a

Nato/a il a

Residente ain Via/Piazza n°

Carta di identità n.

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazione mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in maniera (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000).

DELEGA

Il/La sig./sig.ra

Nato/a il a

Residente ain Via/Piazza n°

Carta di identità n.

AL RITIRO DELLA seguente documentazione:

(specificare il tipo di documentazione richiesta: esami ginecologici, cd mammografico, biopsia...)

-

Dichiara inoltre di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13 D Lgs 196/2003).

Firma leggibile del **Delegante**:

Data e Luogo

Verificati i documenti di identità:

N° documento esibito dal delegato:

N° documento del delegante:

Firma operatore per esteso: