**DELEGA**

**per il ritiro della documentazione sanitaria**

Il/La sottoscritto/a ...............................................................................

Nato a .......................................... il ................................................

Residente in .....................................................................................

Via ........................................................... n .................................

DELEGA

Il /La sig./Sig.a ...............................................................................

Nato/a ...................................................il .....................................

Residente in ..................................................................................

Via ............................................................. n ............................

**AL RITIRO DELLA seguente documentazione:**

(specificare la documentazione richiesta: sanitaria, verbale invalidità civile, handicap, etc.)

....................................................................................................

......................................................................................................

......................................................................................................

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).

LUOGO e DATA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA (leggibile) DEL DELEGANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B: Si allega alla presente fotocopia del documento di identità del delegante.