

DELEGA PER RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il..... residente a

in qualità di diretto interessato genitore di

DELEGA

il Sig./Sig.ranato/a a

il.....

al ritiro della seguente documentazione sanitaria (*specificare*):

.....

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, e all'art. 13 e 15 del Regolamento Europeo 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

- **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.**

Luogo e data

Firma