

## DELEGA PERMANENTE RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il .....

residente a ..... in via ..... tel .....

Doc. identità n.° ..... rilasciato da ..... in data .....

### DELEGA

1. Il Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il .....

2. Il Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il .....

3. Il Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il .....

4. Il Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il .....

5. Il Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... il .....

### al ritiro della propria documentazione sanitaria presso la seguente struttura di ASUFC

(specificare l'Ospedale / Distretto / Dipartimento) .....

Dichiara di essere a conoscenza che il **delegato** dovrà essere persona maggiorenne e dovrà esibire al momento del ritiro: **1) un proprio documento di identità 2) copia della presente delega permanente 3) copia del documento identità del delegante**

### La presente delega ha validità permanente fino a formale comunicazione di revoca.

**In caso di revoca, sarà cura del delegante provvedere a ritirare le copie di delega rilasciate ai delegati.**

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

(luogo e data) ..... (FIRMA) .....

### RISERVATO ALL'UFFICIO

Ospedale / Distretto / Dipartimento .....

Delega originale depositata presso il Cup di ..... in data\_.....

Copia della presente delega viene rilasciata ai delegati che la devono esibire al momento del ritiro della sanitaria unitamente alla copia dei documenti identità del delegante e del delegato.