

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il, residente a
in via tel.,
doc. di riconoscimento n.,
rilasciato da il,

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra
nato/a a il, residente a
in via tel.,

Ad effettuare per proprio conto:

- La richiesta di copia della **DOCUMENTAZIONE SOCIO SANITARIA**, come da modello allegato.
- ALTRO (specificare): _____

DATA _____

_____ firma del delegante

N.B la persona delegata deve presentare:

- a) proprio documento di riconoscimento
b) originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modifiche ed integrazioni e del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento UE n. 2016/679) 13 del D.LGS. 193/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____