

## MODELLO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cod.fiscale \_\_\_\_\_

## D E L E G A

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Ad effettuare per proprio conto :

- La richiesta di copia della **DOCUMENTAZIONE SOCIO SANITARIA/CARTELLA CLINICA**, 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

Ai sensi del DLgs 196/2003 e ss. mm. e ii. (codice sulla privacy), esprimo il mio consenso al trattamento dei dati riportati nella presente dichiarazione con riferimento al procedimento per il quale la dichiarazione è stata rilasciata

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### SPAZIO RISERVATO ALL' UFFICIO

TIPO \_\_\_\_\_ e n. \_\_\_\_\_ documento del delegante, rilasciato da \_\_\_\_\_

TIPO \_\_\_\_\_ e n. \_\_\_\_\_ documento del delegato, rilasciato da \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ L' ADDETTO \_\_\_\_\_