

CON LA PRESENTE, IO SOTTOSCRITTO

Cognome e nome _____ Codice fiscale _____

Nato a _____ Provincia (_____) il ____ / ____ / ____

Residenza/Domicilio _____ Provincia (_____) CAP _____

in via _____ N. _____

Documento d'identità: tipo _____ numero: _____ scadenza ____ / ____ / ____

Recapito (telefono/ email) _____

IN QUALITÀ DI TITOLARE DEI DATI SANITARI, DELEGO:

ALLA RICHIESTA

AL RITIRO

Cognome e nome _____ Codice fiscale _____

Nato a _____ Provincia (_____) il ____ / ____ / ____

Residenza/Domicilio _____ Provincia (_____) CAP _____

in via _____ N. _____

Documento d'identità: tipo _____ numero: _____ scadenza ____ / ____ / ____

Recapito (telefono/ email) _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E VERIDICITÀ DELLE DICHIARAZIONI

Il sottoscritto è a conoscenza che il trattamento dei dati personali è disciplinato ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Dichiaro che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, quanto esposto nella presente richiesta e negli allegati corrisponde a verità ed è consapevole che nel caso di dichiarazione mendace, sarò obbligato a:

- risarcire l'eventuale danno, consapevole altresì delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

San Donà di Piave, ____ / ____ / ____

Firma del delegante _____

Firma del delegato _____

ALLEGATI:

- Presente modulo di delega debitamente compilato e firmato
- Documento di identità in corso di validità del titolare dei dati sanitari (delegante)
- Documento di identità in corso di validità del delegato