

Centro Screening oncologici- ASL Sassari

## **DELEGA per il ritiro della documentazione sanitaria**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A** .....

Nato a ..... il .....

Residente in .....

Via ..... n .....

### **DELEGA**

Il /La sig./Sig.a .....

Nato/a ..... il .....

Residente in .....

Via ..... n .....

**AL RITIRO DELLA** seguente documentazione:

(specificare la documentazione richiesta)

.....  
.....  
.....

Dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13 D. Lgs 196/2003).

**LUOGO e DATA FIRMA (leggibile) DEL DELEGANTE**

**N.B:**

**SI ALLEGA ALLA PRESENTE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DELEGANTE IN CORSO DI VALIDITÀ'**

**IL DELEGATO DEVE PRESENTARE DOCUMENTO DI IDENTITÀ' IN CORSO DI VALIDITÀ' ALL'ATTO DEL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE**