

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