



**DELEGA AL RITIRO DI DOCUMENTI**

M-DEL-2  
REV. 0  
DEL 25/05/2018

Il/La sottoscritto/a sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc.  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, documento tipo  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, rilasciato da  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,

**DELEGA**

Il/la sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

al ritiro di copia della documentazione sanitaria di cui all'allegata richiesta, previa presentazione del documento di identità del delegato e di quello del delegante (in originale o in copia controfirmata dal titolare)

data \_\_\_\_\_

firma del delegante

\_\_\_\_\_

Il delegante ha preso visione, letto e compreso integralmente l'[informativa](#) in materia di tutela dei dati personali della struttura, presente sul banco della reception nonché sul sito internet, rilasciata ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 ed autorizza il trattamento dei dati personali.

-----  
è stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA/TIMBRO PERSONALE  
CASA DI CURA SANTO VOLTO

\_\_\_\_\_