



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

in qualità di:

Padre Madre Tutore/Curatore/Affidatario

Del minore _____

nato/a a _____ il _____

Ritira copia della documentazione sanitaria di cui all'allegata richiesta, previa presentazione del proprio documento di identità;

Delega a ritirare 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)

Il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a
_____ (prov _____) il _____ Cod. Fisc.
_____ e residente in _____
(prov. _____) via _____ n. _____, documento tipo
_____, n. _____, rilasciato da
_____ in data _____,

A tal fine, 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

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto, inoltre, solleva la Casa di Cura Santo Volto da ogni responsabilità legata allo smarrimento o alla visione della suddetta documentazione da parte di terzi non autorizzati.

Data _____

Firma _____