

Delega per ritiro di documentazione sanitaria

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

CAP _____ Prov. _____ tel. _____

DELEGA ED AUTORIZZA

Il/la Sig./Sig.ra _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____

CAP _____ Prov. _____ tel. _____

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)**, sollevando la ASL Roma 1 da ogni responsabilità anche relativa allo smarrimento o alla visione della stessa da parte di terzi non autorizzati.

Data _____ Firma _____

A tal fine, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03 e s.m.i.

Data _____ Firma _____

Estremi del documento del delegato _____ Rilasciato il _____

Verifica dei documenti a cura:

Operatore: Cognome (in stampatello) _____ Nome (in stampatello) _____

Data _____

Firma _____