

DELEGA DELL' AVENTE DIRITTO PER RICHIESTA / RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. (_____) il _____

documento valido di identificazione _____ n _____

(da allegare in copia)

CONSAPEVOLE

ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000

che in caso di dichiarazioni mendaci accertate dall'Amministrazione precedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (artt71 e 72 DPR 445/2000)

DELEGA

Il/La Sig/Sig.ra _____

esibire documento di identità valido

a richiedere

a ritirare

copia della propria documentazione sanitaria

Data ____/____/____

Firma del delegante _____