

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 procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (artt 71 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 _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.