

RICHIESTA / RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a
(cognome) (nome)
nato/a a (prov.) il
e residente a in Via
CAP Prov. Tel.
Documento di riconoscimento tipo N° rilasciato il

DELEGA ed AUTORIZZA

Il/la Sig.ra
(cognome) (nome)
nato/a a (prov.) il
e residente a in Via
CAP Prov. Tel.
Documento di riconoscimento tipo N° rilasciato il

a richiedere per proprio conto

a ritirare per proprio conto

Data Firma

A tal fine, autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti del Reg.to UE 2016/679.

Data Firma

Identificazione a cura dell'ufficio preposto

Documento del delegato N° rilasciato il

IL DELEGATO deve avere con sé un documento di riconoscimento valido e copia del documento di riconoscimento del delegante.