

**DELEGA AL RITIRO del duplicato CD immagine**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_

nat il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

Documento di identità (tipo) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DELEGA**

Il signor \_\_\_\_\_

nat il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Documento di identità (tipo) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**All'atto del ritiro della documentazione, il delegato dovrà obbligatoriamente presentare un proprio documento di identità valido e un documento di identità valido del delegante (anche in copia).**

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni false o uso/esibizione di documenti falsi o dati non corrispondenti al vero.

Data richiesta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma leggibile del delegante \_\_\_\_\_

Firma leggibile del delegato \_\_\_\_\_

I dati raccolti nel presente documento sono trattati dall'Ente Ospedaliero, titolare del trattamento, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy (GDPR 2016/679).

Ad uso dell'Archivio Cartelle

DATA \_\_\_\_\_

Firma al ritiro \_\_\_\_\_