

Allegato A**DELEGA PER LA RICHIESTA E/O IL RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

- informato/a, ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03, che i dati verranno utilizzati esclusivamente per il rilascio di certificazioni sanitarie,
- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DELEGA

Il/La Sig/Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

(esibire documento di identità valido)

alla RICHIESTA e/o RITIRO della Copia della propria Documentazione Sanitaria presso la Casa di Cura Privata "Villa Esther" s.r.l. sita in Bojano (CB).

Data _____

Firma del/la delegante _____

Allegati:

- Copia del Documento d'identità del/la Delegante
- Copia del Documento d'identità del/la Delegato