DELEGA PER RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

IL SOTTOSCRITTO SIG (delegante)

NATO A _____IL _____
RESIDENTE IN _____
ALLA VIA/PIAZZA _____N° _____
DOCUMENTO D'IDENTITA' (Patente/Carta d'Identità) N°_____
RILASCIATO DAL COMUNE/PREFETTURA DI _____
(Allegare copia fotostatica del Documento di Identità)
TELEFONO / CELLULARE N° _____

DELEGA

IL SIG. (delegato) _____
NATO A _____IL _____
RESIDENTE IN _____
ALLA VIA/PIAZZA _____N° _____
DOCUMENTO D'IDENTITA' (Patente/Carta d'Identità) N°_____
RILASCIATO DAL COMUNE/PREFETTURA DI _____
(Allegare copia fotostatica del Documento di Identità)
TELEFONO / CELLULARE N° _____

esonerando l'Ente da ogni e qualsiasi responsabilità relativamente al ritiro dell'anzidetta documentazione sanitaria.

Luogo e Data _____

IL SOTTOSCRITTO (firma leggibile)
(delegante)

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

RETE ONCOLOGICA PUGLIESE
Viale Orazio Flacco n.65, 70124 Bari – Tel. 080-5555053
C.F. e P.I. 00727270720
mail: segreteriadg@oncologico.bari.it -pec: direzione.generale@pec.oncologico.bari.it
REGIONE PUGLIA