

**Allegato A - MODULO PER DELEGA RICHIESTA E/O RITIRO DOCUMENTAZIONE  
SANITARIA**

Il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_, (prov) \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_,  
(prov) \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_.

**DELEGA**

Il/la Sig./Sig.ra Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_, (prov) \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
(prov) \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_

RICHIEDERE

RITIRARE

La Documentazione sanitaria indicata nel Modulo di richiesta documentazione sanitaria (Allegato I)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data del delegante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del delegante

\_\_\_\_\_

**Esibire documento di identità del delegato e del delegante**

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale Europeo 2016/679.