

MODULO DI DELEGA

Spett.

Email:

Indirizzo

Io sottoscritto/a

Codice Fiscale

nato/a

il

 / /

residente a

Provincia

Via/Piazza/Corso

Numero

Telefono:

Email

DELEGA

Il Sig./ra

Codice Fiscale

nato/a

il

 / /

residente a

Provincia

Via/Piazza/Corso

Numero

Telefono:

Email

a rappresentarlo/a per ogni aspetto sia di tipo sanitario che di tipo amministrativo in tutte le pratiche e i percorsi di cura che mi riguardano nei confronti di codesta Azienda Sanitaria. Tale delega è quindi da considerarsi omnicomprensiva e permanente.

Data:

Firma:

Trattamento dei Dati personali e sensibili in Ambito Sanitario: (Regolamento UE 679/2016):

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, così come da informativa presente su sito dell'Azienda Sanitaria

Data:

Firma:

Allegare copia fronte/retro documento d'identità del delegante e del delegato

Il modulo può essere firmato digitalmente con firma digitale oppure con carta d'identità e APP CieID