

**MODULO DI DELEGA**

La/il sottoscritta/o

Nome e Cognome: _____

Documento d'Identità Numero _____ Scadenza ____/____/____

Rilasciato da _____ C.F. _____

Mail: _____ Telefono _____

DELEGA

La/Il Signora/Signor

Nome e Cognome: _____

Documento d'Identità Numero _____ Scadenza ____/____/____

Rilasciato da _____ C.F. _____

Mail: _____ Telefono _____

☐ Alla presentazione dell'istanza per la richiesta di copia della documentazione sanitaria☐ Al ritiro della copia della documentazione sanitaria

La/il sottoscritta/o

- dichiara quanto sopra ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione e/o uso di atti falsi, di cui all'art. 76 del medesimo decreto;
- dichiara di aver letto e compreso l'informativa dell'ASST Lariana ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 (informativa consultabile all'indirizzo <https://www.asst-lariana.it/v2/download/?file=2938>)
- allega copia del proprio documento d'identità.

Luogo e data**Firma**