

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
**Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it**  
**C.F. e P.I. 00821180577**  
**U.O.C. Distretto 2 Salario Mirtense**

## ATTO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (delegante)  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_

## DELEGA

Il sig/la sig.ra \_\_\_\_\_ (delegato)  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

estremi del documento identificativo <b>DELEGATO.</b>	Carta d'identità <input type="checkbox"/>	Patente <input type="checkbox"/>	Passaporto <input type="checkbox"/>
	n° _____ rilasciato da _____ il _____		

al ritiro dei seguenti atti/documentazione/referti di accertamenti riguardanti la propria persona,  
eseguiti/richiesti il giorno \_\_\_\_\_ presso il distretto \_\_\_\_\_

- autorizzazione
- certificazione
- referto analisi cliniche
- referto radiologico
- verbale visita
- altro \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Firma del Delegante

Firma del Delegato

**N.B. Allegare la fotocopia del documento di identità del delegante.**

I dati saranno trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento 2016/679 UE.