

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

UOC DISTRETTO SABINO

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 <u>DELEGATO</u>	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.