

DELEGA PER IL RITIRO REFERTI DI MINORI

Direttore Sanitario: Pierluigi Marchi

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/____
residente in Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (in particolare art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

di essere:

- Padre Madre Genitore affidatario esercente la potestà genitoriale
 Tutore Curatore Amministratore di sostegno

di _____ nato/a a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____

Data : _____ Firma Leggibile _____

Allego alla presente: Documento d'identità valido del delegante

DELEGA

al ritiro del/i referto/i _____

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

il ____/____/____ residente in Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Dichiara di essere informato sulle modalità e le finalità del trattamento dei dati personali raccolti, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 del D.Lgs. 196/2003 e che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data: _____ Firma Leggibile: _____

Si allega alla presente: Fotocopia di documento d'identità valido di colui che ritira il referto

A cura dell'operatore che consegna il referto

Il referto è stato ritirato dalla persona su indicata.

Preliminarmente sono state verificate le identità tramite i documenti sopra indicati.

Data di consegna del referto:/...../..... L'operatore: _____