



Allegato **A**

DELEGA

PER IL RITIRO DI DOCUMENTAZIONE CLINICA

Il/la sottoscritto/a _____ nato
a _____, il _____
documento di identificazione _____ n° _____
(ALLEGARE COPIA DOCUMENTO IDENTIFICATIVO)

È consapevole

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000)

che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 71 e 72 D.P.R. 445/2000).

È a conoscenza

che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal GDPR (Regolamento Europeo 679/2016)

DELEGA

Il /la Sig./ Sig.ra _____
(ALLEGARE COPIA DOCUMENTO IDENTIFICATIVO)

a ritirare copia della propria documentazione clinica richiesta.

Data _____

FIRMA LEGGIBILE

N.B.: allegare copie di documento identificativo e tessera sanitaria del delegato e del delegante