

**D E L E G A****PER IL RITIRO DI DOCUMENTAZIONE CLINICA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

documento di identificazione \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**(ALLEGARE IN COPIA)****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).

**E' a conoscenza**

che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D. Lgs. N.196 del 30/06/2003

**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 del delegato e del delegante**