

**DELEGA DELL'AVENTE DIRITTO**PER RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
OSPEDALIERA**ALLEGATO N. 3**
Pat_PO_00030MOD/00001
Rev_1
10/06/2019

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. (_____) il _____

documento valido di identificazione _____ n _____

(da allegare in copia)**CONSAPEVOLE**

ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000

che in caso di dichiarazioni mendaci 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 DPR 445/2000),

DELEGA

Il/La Sig/Sig.ra _____

esibire documento di identità valido

a richiedere

copia della propria documentazione sanitaria

Data ____/____/____

Firma del delegante _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo n. 2016/679, normativa sulla privacy, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo.