



## Atto di Delega per il ritiro della Documentazione Sanitaria

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente in

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

• **esercente la potestà genitoriale di** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

• **tutore di** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

• **erede di** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

deceduto /a in data \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiero e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000, n.445,

### DELEGA

Cognome/nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### ATTENZIONE :

**Chiunque RITIRA la documentazione sanitaria DEVE presentare un documento di riconoscimento personale valido e la copia del documento di riconoscimento del delegante**

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**(Firma del dichiarante)**