



## 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 \_\_\_\_\_

- **esercitante la potestà genitoriale di** \_\_\_\_\_

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

- **tutore (prov. N° \_\_\_\_\_)/curatore/amministratore di sostegno di** \_\_\_\_\_

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

- **erede di** \_\_\_\_\_

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

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

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere 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.**

**Il curatore/amministratore di sostegno delegante deve allegare anche copia del provvedimento.**

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

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)