



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 _____
CF _____

- esercente la responsabilità genitoriale di** _____
nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____
CF _____
- tutore (prov. N° _____)/curatore/amministratore di sostegno di** _____
_____ nato/a a _____ prov. _____
il ____/____/____ CF _____
- erede di** _____
nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____
CF _____ 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)