



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 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

_____,li _____

(Firma del dichiarante)