SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

DELEGA ALLA CONSEGNA DELL'AUTOCERTIFICAZIONE E RITIRO DELL' ATTESTATO DI ESENZIONE

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a..... il .....

c.f.....

residente a.....via .....

documento di riconoscimento..... n° ....

rilasciato da ..... in data .....

DELEGA

Il/La Signor/a .....

nato/a a ..... il .....

c.f.....

residente a ..... via .....

documento di riconoscimento ..... n° ....

rilasciato da ..... in data .....

alla consegna del proprio modulo di autocertificazione, al ritiro dell'attestato di esenzione ed espressamente esonera fin d'ora l'Azienda Usl di Parma da ogni responsabilità conseguente alla presente delega.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs 196/2003,che i dati personale raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data ……

....

(firma di chi delega) (firma del delegato)

** Allegare fotocopia del documento di identità, in corso di validità, di chi delega.