

DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a.....nato/a il..... a.....
residente a..... (cap.....) via.....n.....
in qualità di: (barrare la casella interessata) ☐interessato ☐esercente responsabilità genitoriale ☐tutore/amministratore di sostegno
del/la sig./sig.ra/minore.....nato/a il.....a.....(prov.....)
☐ **DELEGA al ritiro il/la Sig./Sig.ra.....nato/a il.....a.....(prov.....).**
☐ **CHIEDE l'invio con spese a proprio carico, al/alla Sig./Sig.ra..... presso il seguente indirizzo:**
via n. località(prov.) cap

della documentazione sanitaria (specificare):

- **Consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445** in caso di dichiarazioni false, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità.
- Dichiaro di essere **informato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 (c.d. GDPR)**, che i dati personali contenuti nella presente delega sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Titolare del trattamento, da personale autorizzato, per il soddisfacimento della Sua richiesta, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono raccolti. Il Dpo è contattabile alla mail: dpo@ao.pr.it.
- **Allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante.**
- Il delegato dovrà essere persona maggiorenne e dovrà esibire al momento del ritiro **un proprio documento di identità.**
- Lei potrà esercitare i diritti di cui agli art. 15-22 del GDPR, ove applicabili al trattamento dei dati personali in ambito sanitario, tramite l'ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.
- La documentazione sanitaria, in busta chiusa, dovrà essere consegnata al medico di Medicina Generale per consentirgli di acquisire tutti gli elementi necessari per valutare il caso e prescrivere ulteriori esami e terapie.

Parma,

Firma dell'interessato/delegante



DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a.....nato/a il..... a.....
residente a..... (cap.....) via.....n.....
in qualità di: (barrare la casella interessata) ☐interessato ☐esercente responsabilità genitoriale ☐tutore/amministratore di sostegno
del/la sig./sig.ra/minore.....nato/a il.....a.....(prov.....)
☐ **DELEGA al ritiro il/la Sig./Sig.ra.....nato/a il.....a.....(prov.....).**
☐ **CHIEDE l'invio con spese a proprio carico, al/alla Sig./Sig.ra..... presso il seguente indirizzo:**
via n. località(prov.) cap

della documentazione sanitaria (specificare):

- **Consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445** in caso di dichiarazioni false, falsità degli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità.
- Dichiaro di essere **informato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 (c.d. GDPR)**, che i dati personali contenuti nella presente delega sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Titolare del trattamento, da personale autorizzato, per il soddisfacimento della Sua richiesta, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono raccolti. Il Dpo è contattabile alla mail: dpo@ao.pr.it.
- **Allegare fotocopia di un documento d'identità valido dell'interessato/delegante.**
- Il delegato dovrà essere persona maggiorenne e dovrà esibire al momento del ritiro **un proprio documento di identità.**
- Lei potrà esercitare i diritti di cui agli art. 15-22 del GDPR, ove applicabili al trattamento dei dati personali in ambito sanitario, tramite l'ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.
- La documentazione sanitaria, in busta chiusa, dovrà essere consegnata al medico di Medicina Generale per consentirgli di acquisire tutti gli elementi necessari per valutare il caso e prescrivere ulteriori esami e terapie.

Parma,

Firma dell'interessato/delegante