



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

Dipartimento Pianificazione, Controllo e Accesso
Servizi per l'Accesso e relazioni con l'utenza

Ufficio per le Relazioni con il Pubblico

DELEGA

Io sottoscritta/o _____
Nata/o a _____
il _____ **residente a** _____
in via _____
DELEGO il sig. _____
nato a _____ **il** _____
residente a _____
in via _____
a:

- Presentare un reclamo/elogia/suggerimento**
- Chiedere un rimborso/Consegnare la documentazione per richiedere un rimborso**
- Consegnare documentazione per altro soggetto**
- Altro (specificare):**

Data

Firma del delegante

N.B. La persona delegata deve presentare:

- proprio documento di identità in corso di validità
- originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante
- codice fiscale

*I dati forniti tramite questo modulo saranno trattati per l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Azienda USL di Piacenza, Titolare del trattamento.
Le informazioni generali sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, sono consultabili nella sezione Privacy del sito internet dell'Azienda USL di Piacenza www.ausl.pc.it.*

Firma