

## ATTO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il Sig \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**Ad effettuare per proprio conto:**

- La scelta del Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta tra i  
seguenti:

**Al rilascio del seguente documento:**

- Tessera Sanitaria o duplicato  
 \_\_\_\_\_ (specificare)

Data \_\_\_\_\_ Firma del delegante \_\_\_\_\_

N.B. La persona delegata deve presentare:

- proprio documento di riconoscimento
- originale o fotocopia del documento di riconoscimento del delegante
- tessera sanitaria (cartacea) del delegante

### SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

TIPO \_\_\_\_\_ e n. \_\_\_\_\_ documento del delegato

Rilasciato da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ L'Addetto \_\_\_\_\_

*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](http://www.ausl.pc.it).*

*E' fatta salva, comunque, la possibilità per l'Amministrazione di procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive. Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*