

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. _____

a effettuare per proprio conto:

- La scelta del Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta tra i seguenti: _____
- La registrazione dell'esenzione per patologia/invalidità/reddito
- La richiesta del duplicato/emissione della Tessera Sanitaria
- Altro: _____ (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

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.*

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.