

ATTO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____ e residente a _____
via _____
Genitore (con la potestà legale) di _____ nato
a _____ Il _____ e residente a _____
Via _____
acquisito il consenso dell'altro genitore (cognome e nome) _____

DELEGA

Il Sig _____
nato a _____ il _____
e residente a _____ via _____ n. _____
domiciliato a _____ via _____ n. _____

Ad effettuare per il proprio figlio/a:

- La scelta del Pediatra di libera scelta/ Medico di Medicina Generale 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 del minore e/o documento di riconoscimento

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

TIPO _____ e n. _____ documento del delegato

Rilasciato da _____

Data _____ L'Addetto _____

Informativa ai sensi dell'art. 11 lett b) e d) D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali": "I dati personali oggetto di trattamento sono: Raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi, ed utilizzati in altre operazioni del trattamento in termini compatibili con tali scopi; (sono) pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati..."

E' fatta salva, comunque, la possibilità per l'Amministrazione di procedere a idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive. Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/28.12.2000, 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