

MODULO REGIONALE di DELEGA

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Codice Fiscale Nato il / /

a

Telefono /

Residente a Provincia CAP

Indirizzo n.

DELEGA

Cognome

Nome

Codice Fiscale Nato il / /

a

Telefono /

Residente a Provincia CAP

Indirizzo n.

al ritiro del seguente documento:

- Certificato di esenzione per reddito**
- Certificato fasce di reddito**

Data _____ Firma del delegante _____

La persona delegata deve esibire il proprio documento di identità in corso di validità e il documento originale o fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante

Consenso al trattamento dati (ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003) I dati forniti dall'utente saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge. In particolare, i dati inerenti le fasce di reddito e le esenzioni per reddito saranno messi a disposizione dei medici prescrittori affinché possano disporre di tale informazione ai fini della corretta compilazione della prescrizione medica. All'utente competono i diritti previsti da art. 13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e ricorrendo i presupposti previsti dalla vigente normativa, la cancellazione e il blocco degli stessi.

Data _____ Firma del delegante _____

Parte riservata al personale della Azienda USL- IDENTIFICAZIONE DEL CITTADINO DICHIARANTE:

Documento Delegante- Tipo _____ N. _____

rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

Documento Delegato- Tipo _____ N. _____

rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

L'impiegato addetto _____

La presente autocertificazione viene archiviata e conservata per le successive operazioni di controllo della veridicità delle dichiarazioni rilasciate