



DELEGA PER L'ESERCIZIO DEI DIRITTI dell'INTERESSATO PAZIENTE

(Reg.UE 16/679 e D.LGS 196/03)

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

residente in _____

DELEGA

Il sig. _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

residente in _____

**A FORMULARE RICHIESTE, RICEVERE INFORMAZIONI ed al RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE
RELATIVA ALLA MIA PERSONA in particolare AL MIO STATO DI SALUTE**

nei confronti del TITOLARE _____

Delegato

Si richiede al delegato di consegnare la propria firma

(firma del delegato) _____

Si ricorda che la presente delega dovrà sempre essere accompagnata da documenti idonei alla verifica dell'identità del delegato e del delegante.

Delegante

In fede

Firma del delegante OSPITE _____

Testimone

Se per impedimento fisico o per incapacità alla scrittura, l'interessato non fosse in grado di apporre la propria firma, essa verrà sostituita con una "X": si prevede che sia un MEDICO in qualità di testimone a procedere alla verifica della volontà dell'Ospite a tutela della sua dignità (ai sensi degli art. 9, 82-comma 2, lett.a), art. 84) del Dlgs 196/2003, procedendo alla sottoscrizione della presente delega con firma.

In fede

DATA _____

Nome e cognome MEDICO incaricato _____

Firma MEDICO incaricato _____