

**DELEGA ALLA RICHIESTA E/O RITIRO COPIA VERBALE
o altra DOCUMENTAZIONE**

Il /la sottoscritto/a.....

Nato/a a.....il.....

E residente in.....Via.....

In qualità di Intestatario della documentazione sanitaria

DELEGA

Il/la sig/Sig.ra

Nato/a a.....il.....

E residente in.....Via.....

A **RICHIEDERE** **RITIRARE COPIA DI:** **VERBALE INVALIDITA CIVILE**
(rilasciato in data.....) **VERBALE HANDICAP**
(rilasciato in data.....) **ALTRO**(specificare).....

Il sottoscritto ai sensi d. lgs. 196/2003(codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge

Il dichiarante.....
(firma per esteso e leggibile)

.....li.....