



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA**  
**ATTO DI DELEGA**  
( D. lgs 196/2003)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_,  
in \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ Documento di identità \_\_\_\_\_,  
n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DELEGO**

Il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_), CAP \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ Documento di identità \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

a :

- presentare l'istanza per la concessione dei presidi  
 esprimere consenso informato per il trattamento dati sensibili  
 altro \_\_\_\_\_

Allega fotocopia del proprio documento di identità e di quello del delegato

Firma dell'utente

Data \_\_\_\_\_

Firma di due testimoni se l'utente è  
analfabeta o impossibilitato alla firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_