

ATTO DI DELEGA D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Cod. Fiscale _____

Documento di riconoscimento _____ n° _____

Rilasciato da _____ in data _____

DELEGA

Il/la sig/ra _____ nato/a _____

Residente a _____ Via _____

Cod. Fisc. _____

Docum. di Riconoscimento _____ n° _____

Rilasciato da _____ in data _____

a presentare l'istanza di autorizzazione al trasporto dal domicilio al centro dialisi e viceversa tramite le associazioni di volontariato convenzionate ed espressamente esonera fin d'ora l'ASP 7 di Ragusa da ogni responsabilità conseguente alla presente delega.

Dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma di chi delega

Firma del delegato
