



DELEGA ACCOMPAGNAMENTO PER PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

Cognome _____ Nome _____
 nato/a a _____ (_____) il _____
 residente a _____ (_____) CAP _____
 in via/piazza _____ n. _____
 tel. _____ e-mail _____

DELEGA

il sig./la sig.ra _____
 documento identificativo _____

AD ACCOMPAGNARE E PRESENZIARE ALLA PRESTAZIONE DI (cognome e nome):

nata/o il _____ a _____
 il giorno _____ .

Firma del delegante _____

Firma del delegato _____

La delega deve essere accompagnata da fotocopia del documento di identità del delegante e da documento identificativo del delegato, ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Clausola protezione dati personali: si informa che i dati personali raccolti all'interno della presente scheda saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice privacy D.Lgs 196/03.

Luogo, data _____

Firma _____

Autocertificazione da utilizzare per minori, incapaci ed interdetti

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA DELEGA DI ACCOMPAGNAMENTO (D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto _____

consapevole delle responsabilità civili e penali così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la mia responsabilità

dichiaro di essere

- il tutore/curatore
 il coniuge
 il genitore
 altro (specificare) _____

del sig./della sig.ra _____

Data _____

Firma _____