



CONGREGAZIONE DELLE SUORE  
INFERMIERE DELL'ADDOLORATA  
O S P E D A L E V A L D U C E

### **DELEGA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
documento d'identità (tipo) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000,

### **DELEGA ALLA RICHIESTA** della propria documentazione sanitaria.

il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
documento d'identità (tipo) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Como, li \_\_\_\_\_ Il delegante \_\_\_\_\_

***(si allega fotocopia documento di riconoscimento del delegante e del delegato)***