



Salutevita

Servizi sociosanitari
e assistenziali

**DELEGA per l'ESERCIZIO DEI DIRITTI dell'INTERESSATO al TRATTAMENTO dei DATI
(Reg.UE 16/679 e D.LGS 196/03)**

Il/la sottoscritto/a (dati ospite) _____

Nato/a il _____ a _____

Codice Fiscale _____

residente in _____

DELEGA

Il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Codice Fiscale _____

residente in _____

**AD ACCEDERE AI PROPRI DATI PERSONALI, A FORMULARE RICHIESTE, RICEVERE INFORMAZIONI ed al
RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA PROPRIA PERSONA
ED IN PARTICOLARE AL PROPRIO STATO PSICO/FISICO**

nei confronti del TITOLARE Fondazione Salutevita onlus via XXIX Luglio,28 Sermide e Felonica -MN-

Delegato Si richiede al delegato di consegnare la propria firma

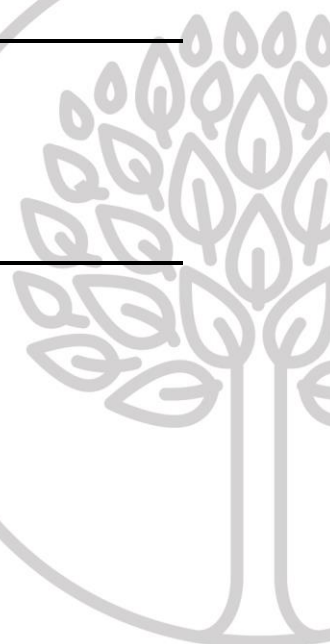
(firma del delegato) _____

Si ricorda che la presente delega dovrà sempre essere accompagnata da documenti idonei alla verifica dell'identità del delegato e del delegante.

Delegante

In fede

Firma del delegante OSPITE/UTENTE _____



Testimone

Se per impedimento fisico o per incapacità alla scrittura, l'interessato non fosse in grado di apporre la propria firma, essa verrà sostituita con una "X": si prevede che sia un MEDICO in qualità di testimone a procedere alla verifica della volontà dell'Ospite a tutela della sua dignità, procedendo alla sottoscrizione della presente delega con firma.

Il soggetto delegato sarà individuato ai sensi degli art. 82-comma 2, lett. a), del Dlgs 196/2003.

In fede

DATA _____

Nome e cognome MEDICO incaricato _____

Firma MEDICO incaricato _____