

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO A 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 _____ .

Luogo, data _____

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.

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 _____

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.aulss2.veneto.it in quanto applicabile.