

MODULO B

**MODULO DI DELEGA
AL RITIRO**

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (_____)

il _____ / _____ / _____ residente a _____ (_____) via _____

n. _____ C.A.P. _____ telefono _____ Doc _____

num. _____ rilasciato da _____ il _____ / _____ / _____

**DELEGA
A RITIRARE**

Il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Carta d'identità Patente Passaporto Altro _____ num. _____

Rilasciato/a in data _____ da _____ di _____

la propria documentazione sanitaria (specificare tipo di documentazione):

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Europeo N° 2016/679 del 27/04/2016: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, comunque, nell'ambito dell'attività istituzionale dell'ASL Città di Torino, titolare del trattamento. L'interessato, può esercitare con le limitazioni previste dall'articolo 23, e nel rispetto della normativa vigente i diritti previsti dagli Artt. da 15 a 22 del GDPR 2016/679

Torino, lì _____ Firma del Delegante _____

N.B. SI RICORDA DI ALLEGARE ALLA PRESENTE LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ' IN CORSO DI VALIDITÀ' DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE

L'OPERATORE ADDETTO