



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94

Cod. fiscale/P.I. 11632570013

Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino

☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

DELEGA PER RICHIESTA E/O RITIRO DI DOCUMENTAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ Prov. ____
residente a _____ CAP _____ Prov. ____
via _____ n. _____ tel. _____
Documento di identificazione _____ num. _____
rilasciato da _____ il _____

DELEGA

☐ **PER RICHIESTA DI DOCUMENTAZIONE**

☐ **PER RITIRO DI DOCUMENTAZIONE**

Il/la Sig./ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Carta d'identità ☐ Patente ☐ Passaporto ☐ Altro ☐ _____ num. _____

Rilasciato/a in data _____ da _____

la propria documentazione

☐ **sanitaria**

☐ **amministrativa**

(specificare la documentazione oggetto della delega):

Informazioni in merito al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Il sottoscritto è consapevole che i dati personali conferiti nella presente dichiarazione sono oggetto di trattamento informatico e/o manuale e potranno essere utilizzati esclusivamente per gli adempimenti di legge connessi al procedimento di accesso avviato con l'istanza, di cui la presente dichiarazione è parte integrante. I dati saranno trattati dall'ASL Città di Torino, in qualità di Titolare del trattamento, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 con le modalità previste nell'informativa completa allegata al modello di istanza e a cui si rimanda.

Torino, li _____

Firma del Delegante _____

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

IL DELEGATO DOVRÀ PRESENTARSI MUNITO DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PER PERMETTERE IL RICONOSCIMENTO.

L'OPERATORE ADDETTO
