



CASA DI CURA SANT'ANNA

CHIRURGIA GENERALE - GERIATRIA - GINECOLOGIA - LUNGODEGENZA - MEDICINA INTERNA
OCULISTICA - OTORINOLARINGOLOGIA - RIABILITAZIONE

Consenso per il ritiro e delega

Data _____

Il/La Sottoscritt_ : _____

nat_ a: _____ il: _____

residente in: _____ via: _____

C.F. _____

ricoverat_ presso questa Casa di Cura dal: _____ al: _____

Delega il/la Signor_ : _____

nat_ a: _____ il: _____

C.F. _____

per il ritiro della copia del documento: _____.

N.B. Dovrà essere allegata la copia di un documento di riconoscimento del delegante e del delegato.

Il Sottoscritto ai sensi del Regolamento UE n°679/2016 del 25/05/2018 “*relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)*” acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Firma autografa _____