

Fondazione ONLUS Casa di Riposo Leandra

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

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

residente in _____

DELEGA

Il sig. _____

nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____

residente in _____

A

FORMULARE RICHIESTE, RICEVERE INFORMAZIONI
ed al RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE
RELATIVA ALLA MIA PERSONA ed in particolare AL MIO STATO psico/fisico

nei confronti del TITOLARE, FONDAZIONE ONLUS CASA DI RIPOSO LEANDRA

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", in presenza di due testimoni.

In fede

DATA _____

1° testimone: nome _____ Firma _____

2° testimone: nome _____ Firma _____

