



FONDAZIONE "MAZZUCCHINI" CASA DI RIPOSO POMPONESCO - O.N.L.U.S.

46030 - POMPONESCO (MN) - Via Garibaldi, 36 – Tel/Fax 0375 86024

P. IVA : 01542450208

e-mail: cdr.pomponesco@tiscali.it

DELEGA

per l'ESERCIZIO DEI DIRITTI dell'INTERESSATO al TRATTAMENTO 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 MAZZUCCHINI CASA DI RIPOSO POMPONESCO ONLUS**

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

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": si prevede che sia un MEDICO in qualità di
testimone a procedere alla verifica della volontà dell'Ospite a tutela della sua dignità, procedendo
alla sottoscrizione della presente delega con firma.

Il soggetto delegato sarà individuato ai sensi degli art. 82-comma 2, lett. a), del Dlgs 196/2003.

DATA _____

Nome e cognome MEDICO incaricato _____

Firma MEDICO incaricato _____