

Distretto di **ORISTANO**

**MODULO DI DELEGA**

*Ai sensi del D.L. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"*

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

**DELEGA**

La/Il Sig. \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- a rappresentarla presso l'Ufficio di Protesi in merito alle seguenti pratiche:

- Consegna richiesta ausili e presidi;
- Ritiro autorizzazioni;
- Altra documentazione sanitaria (specificare):

→ Ritiro PIN Buoni elettronici per la celiachia

Oristano, Li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

In fede

Firma \_\_\_\_\_

Allegati:

- Fotocopia del documento di riconoscimento del delegante
- Fotocopia del documento di riconoscimento del delegato