

**OGGETTO: DELEGA PER IL RITIRO DELLE PRESCRIZIONI (esami, farmaci, visite) E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PRESSO IL MEDICO DI FAMIGLIA.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

avente come Medico di Famiglia il Dott. \_\_\_\_\_

farmacia/e e/o parafarmacia/e di riferimento \_\_\_\_\_

**DELEGA**

permanentemente, fino a revoca;

per questa unica volta;

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

a richiedere e a ritirare, a busta aperta, a mio nome per mio conto tutte le richieste e le ricette mediche, referti medici, prenotazioni e tutta la documentazione di cui ho bisogno presso il medico di famiglia e l'eventuale acquisto dei relativi farmaci o parafarmaci presso la/e farmacia/e o parafarmacia/e da me indicata/e.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DELEGANTE

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL DELEGATO (per accettazione)

\_\_\_\_\_

Informativa ex art.13 D. Lgs. 196/2003 per il trattamento di dati sensibili. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.