



Sede Direzionale
Viale Tre Martiri n. 89
45100 Rovigo

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' PER
IL RITIRO DEL REFERTO (art. n. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**
(doc. 2.3 agg. 01/12/2020)

Dichiarazione per case di riposo – centri servizi – istituti - comunità

compilazione a cura del richiedente
in stampatello

Il/La sottoscritto/a _____

legale rappresentante dell'Ente/Istituto _____

consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 de l D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

dichiara

di aver acquisito il consenso al trattamento dei dati personali dagli interessati e la delega per il ritiro dei referti dei seguenti Sigg.ri/re, assistiti/e dalla suddetta struttura :

L'incaricato/delegato per il ritiro dei suddetti referti è il/la Sig./Sig.ra _____

estremi del documento identificativo	<input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Altro.....
	n° _____
	rilasciato da _____ il _____

Timbro e Firma

Data _____

- I dati saranno trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal GDPR 679/2016.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dal dichiarante in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata/consegnata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

Azienda ULSS n. 5 - Presidio Ospedaliero di Rovigo
Viale Tre Martiri n. 140 – 45100 Rovigo
Tel. n. 0425-394316 - Fax 0425-394419

Azienda ULSS n. 5 - Presidio Ospedaliero di Trecenta
Viale Prof. Ugo Grisetti n.265 – 45035 Trecenta (RO)
Tel. n. 0425-725201 - Fax 0425-725228

Azienda ULSS n. 5 - Presidio Ospedaliero di Adria – Ospedale Vecchio
Piazza degli Etruschi n. 9 – 45011 Adria (RO)
Tel. n. 0426-940398 – Fax 0426-940415