

Servizio di Assistenza Protesica

via Caduti di Via Fani, 25 – Bari; tel. 080.584.3021; email: ufficioprotesi.dssbari@asl.bari.it

MODULO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a			
nato/a a		Documento identità	
		n.	
il		Rilasciato da	
C.F.		In data	
residente a	CAP	Prov.	Telefono
Via			E-mail

**consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci
(art. 76 D.P.R. 445/2000)**

DELEGA

Il Sig./La Sig.ra			
nato/a a		Documento identità	
		n.	
il		Rilasciato da	
C.F.		In data	
residente a	CAP	Prov.	Telefono
Via			E-mail

a compiere per proprio conto la seguente operazione:

consegna domanda e documentazione finalizzata ad ottenere la fornitura di:
C.F. ritiro autorizzazione
altro (<i>specificare</i>):

Si allega copia del documento d'identità in corso di validità del delegante e del delegato.

"I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell'apposita sezione Privacy."

Data _____

Firma _____