

Centro Cardiologico Sanimpresa  
Via G. Vico, 1  
0096 Roma

**DELEGA**  
**per il ritiro della documentazione sanitaria**

Il/La sottoscritto/a ..... Nato a ..... il .....  
Residente in ..... Via ..... n .....

**DELEGA**

Il /La sig./Sig.a ..... Nato/a ..... il .....  
Residente in ..... Via ..... n .....

**AL RITIRO DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

(specificare la documentazione richiesta)

.....  
.....  
.....

Allega alla presente fotocopia del proprio documento di identità.

Dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente delega viene rilasciata (art. 13 D. Lgs 196/2003).

Roma, li \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del delegante

.....