

	Azienda ULSS n.1 Dolomiti	Mod 2
	Direzione di Ospedale Sede di Feltre	Rev. 1 del 01.06.2019
	<u>DICHIARAZIONE DI PATRIA POTESTA'</u>	Pag. 01 di 01

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____
in via _____ n° _____ tel. _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e falsità in atti come stabilito dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA DI ESERCITARE LA PATRIA POTESTA'

In qualità di _____ del/della minore _____
nato/a a _____ il _____

DELEGA

Il/La sig/sig.ra _____
residente a _____
in via _____ n° _____
documento di riconoscimento _____ n° _____
rilasciato da _____ in data _____

(**Attenzione:** la persona delegata deve esibire il proprio documento al momento del ritiro)

**A RITIRARE PER SUO CONTO
COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Nel caso in cui la documentazione non venga ritirata l'ufficio provvederà, dopo 90 giorni dalla richiesta, a spedirla in contrassegno al domicilio del paziente.

Data: _____

Firma _____

Nota sul rispetto della privacy: i dati contenuti in questo documento sono strumentali all'attività sanitaria e amministrativa, sono utilizzati per compiere specifici obblighi previsti da normative, avranno trattamento in conformità a quanto prescrivono la legge sul trattamento dei dati personali e le disposizioni attuative della medesima legge.

Sede di Feltre

Viale Bagnols sur Cez. 1 – 32032 Feltre (BL)

Telefono 0439/883656

e-mail: cartellecliniche.fe@aulss1.veneto.it