

Modulo di delega

Io sottoscritto/a

(nome)

| (cognome)

DELEGO

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

Stato di nascita

| codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

chiedere (specificare cosa)

barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste

a ritirare (specificare cosa)

ALLEGO

- la fotocopia di un mio documento in corso di validità

SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa).
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data

| firma (per esteso e leggibile)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo <http://www.policlinico.mo.it/privacy>

SPAZIO RISERVATO ALL'AOU DI MODENA	
Tipo e numero del documento di identità del delegato	
Data ritiro documentazione	
firma (<i>L'operatore</i>)	