



**ASL 02 LANCIANO - VASTO - CHIETI**  
**AREA DISTRATTUALE 1 - DISTRETTO SANITARIO DI CHIETI**

### **MODULO DI DELEGA/RITIRO**

- In base alle disposizioni del D.P.R.28 DICEMBRE 2000 N°445 e D.Lgs 196/2003 -

**(da consegnare all'atto del ritiro al Punto Unico di Accesso del Distretto Sanitario di Chieti)**

Con la presente il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cod.Fiscale \_\_\_\_\_

*sollevando l'ASL di Lanciano – Vasto - Chieti da qualsiasi responsabilità in proposito,*

**DELEGA**

il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Cod.Fiscale \_\_\_\_\_

**AL RITIRO**

- ( ) dell'autorizzazione rilasciata dall'U.V.M.
- ( ) del progetto riabilitativo psichiatrico
- ( ) .....

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del delegante)

\_\_\_\_\_  
(firma del delegato)

Allegare alla presente richiesta, copia del documento di identità del delegante.  
Portare in visione il documento del delegato.

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità connesse al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lg. 30/6/2003, N. 196).