

DELEGA TEMPORANEA ALL'INOLTRO/RITIRO DI DOCUMENTAZIONE

Il/La Sig./ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____

Rilasciato da _____ in data _____

Nome Titolare del Libretto _____

D E L E G A

Il/La Sig./ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____ Prov. _____

Documento di riconoscimento _____

Rilasciato da _____ in data _____

all'inoltro, al ritiro e ad ogni altra gestione documentale di natura sanitaria. Contestualmente solleva la **COMMERCIANTI MUTUA OSPEDALIERA** ad ogni eventuale contestazione circa le comunicazioni fra la **COMMERCIANTI MUTUA OSPEDALIERA** e il Delegato sopraccitato.

Tale delega ha validità da _____ al _____

Data, _____

In Fede

L'interessato / delegante
(firma leggibile)

Il Delegato
(firma leggibile)

Quanto espressamente contemplato in materia di privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del 27 Aprile 2016/679 è stato autorizzato nella scheda informativa mod. "PRIVACY 1" al momento dell'iscrizione alla Commercianti Mutua Ospedaliera