

**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 \_\_\_\_\_

**DELEGA**

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*

