



Arcispedale S. Anna  
Direzione Generale  
U.O. Area Comunicazione  
Ufficio Relazioni con il Pubblico

Pratica URP  ASS. VOLONTARIATO/TUTELA  URNE  N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In Via/Piazza/C.so \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Persona che è stata ricoverata
- Persona che ha ricevuto prestazioni ambulatoriali
- Genitore con potestà genitoriale
- Tutore della persona ricoverata, Minorenne o Interdetta
- Convivente
- Altro : \_\_\_\_\_

**Sono a conoscenza** che il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D. Lgs. n. 196/2003.

**Autorizzo e Delego** la/le seguenti persone ad acquisire per mio conto la documentazione relativa alla segnalazione di cui sopra.

1. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In Via/Piazza/C.so \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

2. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In Via/Piazza/C.so \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Delegante \_\_\_\_\_

**Allegati: Fotocopia documento valido d'identità del delegante e del delegato.**