SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Dipartimento Interaziendale ad Attività integrata di Anatomia Patologica - DIAP
UOC Anatomia Patologica Ospedale Bellaria

Modulo di delega

Io sottoscritto/a

(nome) *(cognome)*

DICHIARO DI ESSERE

Barrare UNA casella e compilare tutte le informazioni richieste

☐ il/la diretto/a interessato/a ☐ il genitore ☐ il tutore

☐ l'amministratore di sostegno di (nome) ……(cognome) …….

nato/a il a Prov.

DELEGO

(nome) *(cognome)*

nato/a il a Prov.

Stato di nascita codice fiscale

residente a Prov. CAP

Via n.

Barrare la casella o le caselle di interesse e/o scrivere le eventuali informazioni aggiuntive

☐ a ritirare *il mio materiale istologico relativo all'esame eseguito presso la vostra Anatomia Patologica*

☐ a consegnare il mio campione biologico da far esaminare *presso la vostra* Anatomia Patologica

☐ a ritirare *il mio referto istologico dell'esame eseguito presso la vostra Anatomia Patologica*

- **allego la fotocopia di un mio documento di identità 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.)

……. ……

data firma *(per esteso e leggibile)*

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI –INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, si consulti la pagina internet all'indirizzo https://www.ausl.bologna.it/privacy cliccando su "L'informativa e il consenso dell'interessato"