



All'Azienda USL di Bologna,  
Via Castiglione, 29 - 40124 Bologna

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### DELEGA

la/il sig.ra/sig. \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

A compiere per proprio conto la seguente operazione:

- Richiesta di accesso documentale
- Richiesta di accesso a documentazione sanitaria/sociosanitaria
- Richiesta di accesso civico generalizzato
- Trasmissione/ritiro copia dei documenti indicati nella richiesta

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma (leggibile) del Delegante

*Si allega alla presente delega fotocopia del documento di riconoscimento del delegante e del delegato. Il documento del delegante non va trasmesso se la richiesta è sottoscritta con firma digitale o con altro tipo di firma elettronica qualificata o con firma elettronica avanzata e se inoltrata dal domicilio digitale (PEC-ID). Il documento va trasmesso se la richiesta è inoltrata con PEC.)*