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.)