

MODULO DI DELEGA PER RITIRO REFERTI NELLE FARMACIE

Il sottoscritto _____ (cognome e nome)

nato il _____ a _____

CF _____

Residente a _____

Dichiaro di essere:

il diretto interessato il genitore il tutore l'amministratore di sostegno

di (cognome e nome) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Delego:

(cognome e nome) _____

nato il _____ a _____

CF _____

Residente a _____

AL RITIRO DEL REFERTO DEL TAMPONE ESEGUITO IL _____

SONO CONSAPEVOLE CHE LE FALSE DICHIARAZIONI, FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI SONO PUNITI DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (DPR 445/2000 TU)

ALLEGO COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'

Firma INTESTATARIO ESAME (se maggiorenne) _____

Firma del delegato _____

Il trattamento e la tutela dei dati personali viene effettuato in base alla normativa vigente sulla Privacy (DL n. 101/2018, GDPR UE 2016/679)