



ASL Oristano

AZIENDA USL N° 5 – ORISTANO

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

DISTRETTO SANITARIO DI ORISTANO

Via CARDUCCI, 41- ORISTANO Tel. 0783.317754 – 317761

MODULO DI DELEGA

Ai sensi del D.L.196 del 30 Giugno2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____, residente a _____ in via _____

_____, CAP _____, Tel. _____

DELEGA

Il Sig. _____

Documento di riconoscimento _____ N. _____

Rilasciato da _____ il _____

a rappresentarlo presso l’ufficio di scelta e revoca del Medico.

Medico revocato _____

Medico scelto _____.

ORISTANO ____ / ____ / ____

IN FEDE

Si allega la fotocopia del documento del delegante

Si allega la fotocopia del documento del delegato

Tessera Sanitaria magnetica in originale



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

domiciliato/a _____ in Via _____ n. _____

tel. _____

Consapevole che le dichiarazioni false, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000

Dichiara quanto segue:

(Indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'annotazione richiesta ed autocertificabili ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000)

Di essere domiciliato per il seguente motivo:

Lavoro _____

Studio _____

Salute _____

Ospitalità _____

Minori in affidamento _____

Data _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLO STATO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/a sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

domiciliato/a in _____ in Via _____ n. _____

t.e.l. _____

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.- 28 dicembre 2000

Dichiara quanto segue:

(Indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'annotazione richiesta ed autocertificabili ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000):

Di essere domiciliato per il seguente motivo:

Lavoro _____

Studio _____

Salute _____

Ospitalità _____

Minori in affido _____

che lo stato di famiglia è composto, oltre che da me, dalle seguenti persone:

Parentela		Nome e Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita
	u.			

_____ Data _____

_____ (Firma)