

# Istituto per Anziani "Isidoro Cappi" - ONLUS -

Via Cappi, 34  
46025 Poggio Rusco -Mn-  
COD. ENTE 28471  
C.F. 80018910200 - P.I. 01591210206

AMMINISTRAZIONE E FAX 0386/733200  
TELEFONI REPARTI 0386/734396  
E-MAIL [infosora@isidorocappi.it](mailto:infosora@isidorocappi.it)  
SITO: [isidorocappi.it](http://isidorocappi.it)

## DELEGA PER L'ESERCIZIO DEI DIRITTI EX ART.7 D.LGS 196/03

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

A

FORMULARE RICHIESTE, RICEVERE INFORMAZIONI,  
RITIRO DELLA MIA CORRISPONDENZA  
ed al RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

RELATIVA ALLA MIA PERSONA ed in particolare AL MIO STATO DI SALUTE

nei confronti del TITOLARE \_\_\_\_\_

#### Delegato

Si richiede al delegato di consegnare la propria firma

(firma del delegato) \_\_\_\_\_

Si ricorda che la presente delega dovrà sempre essere accompagnata da documenti idonei alla verifica dell'identità del delegato e del delegante.

#### Delegante

In fede

Firma del delegante OSPITE \_\_\_\_\_

#### Testimone

Se per impedimento fisico o per incapacità alla scrittura, l'interessato non fosse in grado di apporre la propria firma, essa verrà sostituita con una "X": si prevede che sia un MEDICO in qualità di testimone a procedere alla verifica della volontà dell'Ospite a tutela della sua dignità (ai sensi degli art. 9, 82-comma 2, lett.a), art. 84) e 92), procedendo alla sottoscrizione della presente delega con firma.

In fede

Nome e cognome MEDICO incaricato: Dr. Francesco Lamberti – Direttore Sanitario

Firma MEDICO incaricato \_\_\_\_\_

Poggio Rusco, li \_\_\_\_\_