

Fondazione per Anziani Isidoro Cappi - ETS -

Via Cappi, 34
46025 Poggio Rusco – Mn -
REP. N. 169204 "Altri Enti del Terzo Settore"
(art. 22 D.lgs.117/2017 e art. 16-17-34 D.M. 106/2020)
C.F. 80018910200
P.I. 01591210206

AMMINISTRAZIONE 0386/733200
REPARTO 0386/734396
E-MAIL inforsa@isidorocappi.it
SITO 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, lì _____