

**DELEGA PER L'ESERCIZIO DEI DIRITTI dell'INTERESSATO PAZIENTE  
(Reg.UE 16/679 e D.LGS 196/03)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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

---

**DELEGA**

Il sig. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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

**A**

**FORMULARE RICHIESTE, RICEVERE INFORMAZIONI  
ed al RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE  
RELATIVA ALLA MIA PERSONA ed in particolare AL MIO STATO DI SALUTE**

nei confronti del TITOLARE “Fondazione PIETRO SISSA”, con sede in 46024 Moglia (MN), Via G. Verdi n. 55, Codice Fiscale 82000130201 e Partita I.V.A. 01331690204, indirizzo PEC [sisso@pec.it](mailto:sisso@pec.it), indirizzo e-mail [rsa@fondazionepietrosissa.it](mailto:rsa@fondazionepietrosissa.it), Telefono e Fax Amministrazione 0376-598051, Telefono Nuclei Degenza 0376-598123, sito internet [www.fondazionepietrosissa.it](http://www.fondazionepietrosissa.it)

---

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) del Dlgs 196/2003, procedendo alla sottoscrizione della presente delega con firma.

In fede

Luogo e data \_\_\_\_\_

Nome e cognome MEDICO incaricato \_\_\_\_\_

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