

**MODULO DELEGA**

All'Azienda Sanitaria ZERO
Ufficio Relazioni con il Pubblico
SS. S. Affari Generali e Legali

protocollo@pec.aziendazero.piemonte.it

urp@aziendazero.piemonte.it

II/ La Sottoscritto/a
cognome nome

nato/a il / / a C.F.
(Data) (Comune)

residente in ()
(Comune) (Prov) (Via)

Documento di riconoscimento n.

rilasciato da in data / /
(specificare ente)

in qualità di ☐ diretto interessato (solo se maggiorenne)
☐ genitore del minore
☐ tutore/amministratore di sostegno di

DELEGA

II/ La Sig./Sig.ra
cognome nome

nato/a il / / a C.F.
(Data) (Comune)

residente in ()
(Comune) (Prov) (Via)

Documento di riconoscimento n.

rilasciato da in data / /
(specificare ente)

a presentare segnalazione presso l'URP Azienda Zero Piemonte in suo nome e per suo conto.

- ☐ Azienda Zero Piemonte, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente all'Informativa sul Trattamento dei dati personali pubblicata sul sito aziendale al seguente link: <https://www.aziendazero.piemonte.it/wp-content/uploads/2025/05/Informativa-privacy.pdf>

Luogo Data / /

Firma del delegante

Firma del delegato

Si allega

- copia carta d'identità del delegante
- copia carta d'identità del delegato