

ALLEGATO 1
Modello di delega

DELEGA AL RITIRO DELLA RICETTA PRESSO LO STUDIO MEDICO.
AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI.

Io sottoscritto/a nato a il
..... e residente in Sonnino (LT) alla via
C.F. Telefono
delego

il personale dipendente della Sociosanitaria Sonninese srl e del Comune di Sonnino a ritirare presso il dott., mio medico curante, le ricette relative ai farmaci prescritti.

Chiedo,

inoltre, che lo stesso che provveda alla consegna delle citate ricette alla farmacia comunale di Sonnino, sita in Via La Sassa, affinché venga effettuata la prenotazione del farmaco in questione e la conseguente consegna nel mio domicilio secondo le modalità e termini di cui al regolamento per lo svolgimento del servizio di consegna dei farmaci e prodotti della farmacia comunale della Sociosanitaria Sonninese srl.

Autorizzo

ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003, il personale sopra indicato al trattamento dei miei dati personali e sensibili per le finalità tipiche della presente delega valida fino a revoca.

In allegato: fotocopia documento di identità e tessera sanitaria

Sonnino lì

Sig. _____