

DICHIARAZIONE

La sottoscritta _____
nata in _____ (prov. _____) il _____
residente in _____ CAP _____
via _____ n. _____ telefono _____ / _____

DELEGA

La/Il Sig.ra/Sig. _____
nata/o in _____ (prov. _____) il _____

al **RITIRO**, in propria vece, della documentazione relativa a: Provvedimento Maternità anticipata

esonero ad ogni effetto l'Azienda Sanitaria Locale TO4 dal segreto professionale, nei termini di cui al d. lgs. n. 196, del 30.06.2003.

Allega, altresì, la seguente documentazione:

- **Fotocopia fronte/retro del documento di identità, in corso di validità, della/l delegata/o**

data _____

(firma per esteso e leggibile)