



# Salutevita

Servizi sociosanitari  
e assistenziali

All. 4 contr. ingr. 01.03.2026

**DELEGA per l'ESERCIZIO DEI DIRITTI dell'INTERESSATO al TRATTAMENTO dei DATI  
(Reg.UE 16/679 e D.LGS 196/03)**

Il/la sottoscritto/a (dati ospite) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

**DELEGA**

Il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

**AD ACCEDERE AI PROPRI DATI PERSONALI, A FORMULARE RICHIESTE, RICEVERE INFORMAZIONI ed al RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA PROPRIA PERSONA ED IN PARTICOLARE AL PROPRIO STATO PSICO/FISICO nei confronti del TITOLARE Fondazione Salutevita via XXIX Luglio, 28 Sermide e Felonica -MN-**  
Si ricorda che la presente delega dovrà sempre essere accompagnata da documenti idonei alla verifica dell'identità del delegato e del delegante.

**Delegato** (Si richiede al delegato di consegnare la propria firma)

firma del delegato \_\_\_\_\_

**Delegante** (In fede)

firma del delegante OSPITE/UTENTE \_\_\_\_\_

**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, procedendo alla sottoscrizione della presente delega con firma.

Il soggetto delegato sarà individuato ai sensi degli art. 82-comma 2, lett. a), del Dlgs 196/2003.

In fede

DATA \_\_\_\_\_

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

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

Sede legale: 46028 Sermide e Felonica (Mantova) Via XXIX Luglio 28

CASA CANOSSA Via Mantovana 6 · Serravalle a Po · CASA SOLARIS Via XXIX Luglio 28 · Sermide e Felonica

uffici 0386 61314 · fax 0386 62156 · info@salutevita.it · fondosalutevita@messaggipec.it

P.I. 02619900208 - C.F. 01591200207

