

DELEGA ALLA RISCOSSIONE DI BENEFICI ECONOMICI DA PARTE DI TERZI

(ART. 21, c. 2 E ART. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm.ii.)

Io sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
Residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____
_____ n. _____
indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC) _____
_____ fax _____

DELEGO

Il/La sig./sig.ra _____
Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
Residente a _____ (Prov. _____) in Via/Piazza _____
_____ n. _____
indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC) _____
_____ fax _____

**a riscuotere per mio conto, e con ciò liberando i terzi da ogni e qualsiasi responsabilità in merito,
il contributo mensile a me spettante erogato dalla ATS di Brescia ai sensi della legge/ DGR etc...**

_____ (luogo e data)

_____ (firma del dichiarante)

Informativa ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (l'informativa completa è pubblicata sul sito www.ats-brescia.it):

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è l'Agenzia Tutela della Salute di Brescia;
- responsabile del trattamento è il dirigente Responsabile della struttura destinataria della presente dichiarazione;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del Titolare/Responsabile del trattamento i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. 679/2016/UE.

Si attesta che Il /la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
identificato con _____

_____ (indicare estremi documento di riconoscimento)

ha apposto la sottoscrizione che precede in mia presenza.

Luogo e data _____

_____ timbro e firma per esteso del Pubblico Ufficiale