

AL FONDO SANI.IN.VENETO
ATTO DI DELEGA DELL'ISCRITTO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ residente in via
_____ CAP _____ Città _____ Codice Fiscale _____
_____ Iscritto al Fondo Sani.In.Veneto

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____ residente in via
_____ CAP _____ Città _____ Codice Fiscale _____

a svolgere la seguente attività per proprio conto

a presentare fisicamente allo Sportello _____ del Fondo Sani.In.Veneto la
domanda di rimborso per spese sanitarie da me sottoscritta il _____ per la tutela (barrare il
servizio relativo alla domanda presentata):

- Sani In Veneto
- Sani In Famiglia
- Sani In Azienda

Il delegante, confermando che l'autorizzazione concessa con questa delega consente al terzo delegato
l'accesso a tutti i dati – anche sanitari – propri della pratica, autorizza il Fondo Sani.In.Veneto ad ottenere dal
delegato le informazioni necessarie in sede di appuntamento per la presentazione della pratica liberando il
Fondo medesimo da ogni responsabilità in ordine a tali comunicazioni.

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare: fotocopia del documento di identità del delegante 2. fotocopia del documento di identità del delegato

N.B. I dati personali identificativi comuni del delegato sono trattati dal Fondo e dagli eventuali Contitolari e Responsabili del trattamento in conformità alle disposizioni del Reg. UE (2016/679) e della normativa nazionale in materia di privacy. Il delegato potrà prendere visione dell'Informativa sul trattamento dati presente sul sito del Fondo www.saninveneto.it