



All' U.O.C. Sistemi Informativi
SEDE CENTRALE TERAMO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____
città _____ Prov. _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____
nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____
città _____ Prov. _____
Documento (CI,PP,etc.) _____ Numero _____ Rilasciato da _____

al ritiro di una nuova password (consegnata in busta chiusa) per l'utilizzo delle risorse informatiche della ASL di Teramo.

Luogo e data

Il delegante

Il sottoscritto delegato dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, per il trattamento dei propri dati contenuti nella presente domanda per le suddette finalità.

Luogo e data

Il delegato

N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del delegante