

Servizio di Assistenza Protesica

via Paradiso, 18/d piano terra – Modugno; tel. 080/5843826 -080/5843170 email: dss.modugno@asl.bari.it

MODULO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a			
nato/a a		Documento identità	n.
il		Rilasciato da	
C.F.		In data	
residente a	CAP	Prov.	Telefono
Via			E-mail

**consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci
(art. 76 D.P.R. 445/2000)**

DELEGA

Il Sig./La Sig.ra			
nato/a a		Documento identità	n.
il		Rilasciato da	
C.F.		In data	
residente a	CAP	Prov.	Telefono
Via			E-mail

a compiere per proprio conto la seguente operazione:

consegna domanda e documentazione finalizzata ad ottenere la fornitura di:
C.F. ritiro autorizzazione
altro (specificare):

Si allega copia del documento d'identità in corso di validità del delegante e del delegato.

Data _____

Firma _____