

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

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 |
| altro (<i>specificare</i>): |

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

Data _____

Firma _____