

Servizio di assistenza Protesica
MODULO DI DELEGA

Al Distretto Socio Sanitario n. _____
E-mail _____

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 (<i>specificare</i>):

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

Data _____

Firma _____