

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA – DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ () il _____
Residente a _____
Via _____ N. _____
CAP _____
Codice Fiscale _____
Documento di riconoscimento _____ N. _____
Rilasciato da _____ in data _____

DICHIARA

*Di essere impossibilitato/a, per motivi personali, a recarsi presso i
Vs. Uffici e pertanto*

DELEGA

Il Signor/a _____
Nato/a a _____ () il _____
Residente a _____
Via _____ N. _____
CAP _____ Codice Fiscale _____
Documento di riconoscimento _____
N. _____ Rilasciato da _____ in data _____

a svolgere per suo conto le seguenti operazioni:

***disbrigo di tutte le pratiche relative ai rimborsi delle spese sostenute
per le cure fuori dalla Sardegna di cui alla L.R. 26/91 del delegante
e eventuali accompagnatori.***

dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Dlgs. n.196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma

Allegati: fotocopia del documento di riconoscimento di entrambi.