

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA- DELEGA RIMBORSO SPESE

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 VOSTRI UFFICI E PERTANTO

DELEGA

IL/LA 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 LA SEGUENTE OPERAZIONE:

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE PER LE CURE FUORI DALLA SARDEGNA DEL DELEGANTE ED EVENTUALI
ACCOMPAGNATORI (L.R. 26/91).**

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 LEGGIBILE

ALLEGARE: COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE.