



## **DELEGA**

*alla presentazione/ritiro di documentazione per prestazioni di assistenza protesica/integrativa*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ residente a \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,

destinatario della fornitura del presidio/ausilio oggetto dell'istanza da me sottoscritta,

### **DICHIARO**

di essere impossibilitato/a, per motivi personali, a recarmi presso i competenti Uffici di codesta A.S.P. e pertanto

### **DELEGO**

Il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ residente a \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,

alla **presentazione e/o ritiro della documentazione** riconducibile alla fornitura del presidio/ausilio sanitario oggetto della suddetta istanza.

**Allego** alla presente le fotocopie dei rispettivi documenti di identità.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

**II DELEGANTE (l'assistito richiedente):** \_\_\_\_\_

*(firma leggibile, per esteso)*

**II DELEGATO, per accettazione:** \_\_\_\_\_

*(firma leggibile, per esteso)*

**N.B.** Ai fini della sua validità, la presente delega deve essere corredata della fotocopia dei **documenti di identità sia del DELEGANTE che del DELEGATO.**

