

DELEGA (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

consapevole, secondo quanto prescritto dal DPR 445/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsità negli atti ed uso di atti falsi:

DICHIARA

di essere nato/a a _____ (_____) (luogo) (prov.)

il _____

Cittadinanza _____

di essere residente nel Comune di _____ (_____) (luogo) (prov.)

in via _____ (indirizzo)

Documento di identità:

tipo _____ n.° _____

Rilasciato da: _____

Di delegare alla richiesta ritiro della propria documentazione sanitaria richiesta in data ___/___/___

il/la Sig. _____

Grado di parentela _____

nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Documento di identità:

tipo _____ n.° _____

Rilasciato da: _____

N.B. SI INVITANO I SIG. DELEGATI A PRESENTARSI CON DOC. DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ E COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ FRONTE/RETRO DEL DELEGANTE.

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)