



CONGREGAZIONE DELLE SUORE
INFERMIERE DELL'ADDOLORATA
OSPEDALE VALDUCE

DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

residente a _____ (Prov. _____)

codice fiscale _____

documento d'identità (tipo) _____ n. _____

recapito telefonico _____

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000,

DELEGA

il sig./ la sig.ra _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

residente a _____ (Prov. _____)

codice fiscale _____

documento d'identità (tipo) _____ n. _____

ALLA RICHIESTA

AL RITIRO

della propria documentazione sanitaria.

Como, li _____

Il delegante _____

(si allega fotocopia documento di riconoscimento del delegante e del delegato)