



REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE

**DELEGA ALLA CONSEGNA DELL'AUTOCERTIFICAZIONE PER
ESENZIONE ETA'/REDDITO O DISOCUPAZIONE
E
RITIRO DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE**

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il

Cod. Fiscale

Residente a via

Documento di riconoscimento * n°

Rilasciato da in data

delega

Il/La Signor/a

Nato/a a il

Cod. Fiscale

Residente a in Via

Documento di riconoscimento * n°

Rilasciato da in data.....

Alla consegna del proprio modulo di autocertificazione per esenzione età/reddito e/o disoccupazione, al ritiro del relativo certificato di esenzione ed espressamente esonera fin d'ora l'ASP di da ogni responsabilità conseguente alla presente delega.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per effetti di cui all'art. 13 del D.lgs 196/2003, 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 di chi delega)

.....
(firma del delegato)

* da allegare obbligatoriamente in fotocopia