



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

Acireale, Acì Bonaccorsì, Acì Castello, Acì Catena, Acì Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana Etnea

CENSIMENTO DISABILI GRAVI - ANNO 2021

DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

A sottoscrivere, in nome e per mio conto, la richiesta di Patto di Servizio per l'erogazione di servizi/interventi per la disabilità grave

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato