



Sistema Sanitario Regione Liguria

## **MODULO DI DELEGA**

### **CONSEGNA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI RELATIVE AL POSSESSO DI CONDIZIONI DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Documento riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Rilasciato dal \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

### **DELEGA**

Il/la Signore/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Documento riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Rilasciato dal \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**A PRESENTARE , PER SUO CONTO, LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI RELATIVE AL POSSESSO DI CONDIZIONI DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO.**

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

Firma del delegante  
(per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_

Allegato: fotocopia dei documenti di riconoscimento del delegante e del delegato.