DELEGA

Il/la sottoscritto/a FAMILY NAME _____ FIRST NAME _____
cognome nome

nato/a a BIRTHPLACE (EXACTLY AS IN PASSPORT) _____ (prov.) COUNTRY _____ il BIRTH DATE _____

e residente a "Roma" _____ in Via "Aurelia 490" _____

CAP "00165" _____ Prov. "RM" _____ Tel. YOUR CELFONE NUMBER _____

Documento di riconoscimento tipo "Passaporto" _____ n. Passaport no. _____ rilasciato il Passaport date issued _____

DELEGA ED AUTORIZZA

il/la Sig./ra [family name of delegated person] _____ [first name of delegated person] _____
cognome nome

nato/a a "Filippine" _____ (prov.) _____ il [birthday of delegated person] _____

e residente a "Roma" _____ in Via "Aurelia 490" _____

CAP "00165" _____ Prov. "RM" _____ Tel. DELEGATE'S CELFONE NUMBER _____

documento di riconoscimento tipo Passaporto" / "Patente da Guida" _____ n. Passaport / License no. _____ rilasciato il Document date issued _____

a richiedere/ritirare per proprio conto "la Tessera Sanitaria" _____

Data DATE SIGNED _____ Firma YOUR SIGNATURE _____

A tal fine, autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Data DATE SIGNED _____ Firma YOUR SIGNATURE _____

Identificazione a cura dell'ufficio preposto:

Documento del delegato _____ Rilasciato il _____

Il DELEGATO deve avere con sé un documento di riconoscimento valido e copia del documento di riconoscimento del delegante.