

DELEGA

*(da compilarsi solo se il richiedente si avvale di un delegato non familiare per la
presentazione della domanda)*

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
codice fiscale _____
residente in IGLESIAS al seguente indirizzo _____

DELEGA

alla presentazione dell'istanza di accesso all' Indennità Regionale Fibromialgia (I.R.F.) 2025 per proprio
conto*****

Il/la Sig/ra _____
nato/a a _____ (prov. _____) il ____/____/_____
codice fiscale _____
documento di identità _____ n. _____, rilasciato il ____ / ____ / ____
da _____

Si allega copia fotostatica del documento di identità del delegante.

Firma del delegante _____