AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO LT4
COMUNE CAPOFILA FONDI
UFFICIO DI PIANO
Piazza Municipio, 1
04022 - Fondi (LT)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____/_____/_____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Recapito telefonico: _____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____/_____/_____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

A presentare la richiesta di riconoscimento formale dello status di **caregiver familiare** in favore del/della sottoscritto/a.

N.B.: si allega copia di un documento d'identità in corso di validità del delegante.

Data _____/_____/_____

Firma del delegante

_____