



REPUBBLICA ITALIANA  
REGIONE SICILIANA  
ASSESSORATO DELLA SALUTE

## DELEGA ALLA CONSEGNA DELL'AUTOCERTIFICAZIONE PER ESENZIONE ETA'/REDDITO O DISOCUPAZIONE E RITIRO DELL'ATTESTATO DI ESENZIONE

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il .....

Cod. Fiscale .....

Resident a ..... via .....

Documento di riconoscimento \* ..... n° .....

Rilasciato da ..... in data .....

**delega**

Il/La Signor/a .....

Nato/a a ..... il .....

Cod. Fiscale .....

Resident a ..... in Via .....

Documento di riconoscimento \* ..... n° .....

Rilasciato da ..... in data..... .....

Alla consegna del proprio modulo di autocertificazione per esenzione età/reddito e/o disoccupazione, al ritiro del relativo certificato di esenzione ed espressamente esonera fin d'ora l'ASP di \_\_\_\_\_ da ogni responsabilità conseguente alla presente delega.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per effetti di cui all'art. 13 del D.lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data .....

.....  
(firma di chi delega)

.....  
(firma del delegato)

\* da allegare obbligatoriamente in fotocopia