

ATTO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

**a presentare la domanda per l'ottenimento del Contributo Regionale Fibromialgia, per l'anno
2026**

Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante