

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

codice fiscale n° _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

via/corso/piazza _____ n° _____ tel. _____

in qualità di erede del/la Signor/Signora _____

deceduto/a a _____ il _____

DELEGA

il/la Signor/Signora _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

via/corso/piazza _____ n° _____ tel. _____

a riscuotere le spettanze in sospeso relative a prestazioni sanitarie fruite in vita dal/dalla **sopracitato/a**

Assistito/a FISDAF.

..I.. sottoscritt.... dichiara inoltre che tale delega è irrevocabile.

Data: _____

Firma*: _____

È obbligatorio allegare fotocopia integrale di documento di riconoscimento, in corso di validità.

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 35 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 sono equipollenti alla carta di identità: il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento, purchè munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'Amministrazione dello Stato.