

TS/CNS
MODELLO DELEGA

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

Essendo impossibilitato/a per motivi di salute ad attendere personalmente l'attività per la quale si conferisce la presente autorizzazione,

DELEGA

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

- All'attivazione della propria TS/CNS.
- Alla ristampa PIN - PUK - CIP

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità connesse al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa (Codice in materia di protezione dei dati personali – d.lg. 30/6/2003, N. 196).