

I. Sottoscritt _____ nat / a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n° _____
In qualità di _____ dell'assistito _____ nat /
a _____ il _____ Residente a _____ Via _____ n° _____
Tel. n° _____

STATO CIVILE: (1) celibe/nubile; (2) coniugato; (3) separato; (4) divorziato; (5) vedovo/a (6) non dichiarato;

TITOLO DI STUDIO: (1) nessuno; (2) lic. elementare; (3) lic. Media inf; (4) diploma media sup; (5) diploma univ;
(6) laurea; (7) non dichiarato

CHIEDE

L'autorizzazione per _____

Presso _____

Allega la seguente documentazione:

- 1) Certificato del medico specialista di una struttura pubblica;
- 2) Certificato di nascita e/o residenza o situazione di famiglia – alternativamente autocertificazione;
- 3) Fotocopia documento riconoscimento non scaduto;
- 4) Altra eventuale certificazione _____

Data _____

FIRMA

I. Sottoscritt / _____ acconsente al trattamento dei dati personali e inerenti il proprio stato di salute nei limiti e
con le modalità previste dalla L. 196/2003.

Data _____

FIRMA