

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente a via/p.zza.....

Codice Fiscale | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Delega

Il/La sig./a

nato/a a il

residente a via/p.zza.....

Codice Fiscale | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A presentare domanda di rimborso

Alla riscossione tramite accredito su c/c di qualsiasi rimborso spettante dall'AST di Ancona

IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Altro (specificare)

Esonera fin d'ora l'AST Ancona 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 copia documento di riconoscimento in corso di validità del delegante e del delegato.