



IL/LA
SOTTOSCRITTO/A _____

RESIDENTE A. _____

VIA _____ N° _____

DOCUMENTO D'IDENTITA' N° _____

(ALLEGARE FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE)

RILASCIATO DA _____

CHIEDE

E-DELEGA IL/LA SIG./SIG.RA _____

DOCUMENTO D'IDENTITA' N° _____

RILASCIATO DA _____

ALLA TRATTAZIONE DELLA PRATICA _____

_____ ED AL RITIRO DI

AUTORIZZA INOLTRE LA ASST SETTE LAGHI, AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 196/03, AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI/SENSIBILI CHE LA RIGUARDANO IN QUANTO NECESSARI AI FINI DELL'ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITA', NONCHE' DEI CONNESSI OBBLIGHI DI LEGGE.

Luogo e data _____

In Fede

FIRMA
