



A SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA VERSILIA

FAX 0584/6059240

IL/LA SOTTOSCRITTA _____, NATA/O A
_____, IL _____, RESIDENTE IN
_____, VIA _____,

DELEGA

IL/LA SIG./RA _____ AL
RITIRO DELLA CERTIFICAZIONE RICHIESTA AI FINI ISEE

DATA _____

FIRMA

ALLEGO COPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'

Sede Legale: Viale Aurelia, 335 55041 Lido di Camaiore (LU)

Tel. 0584/605 9515-9582-9649

sds.versilia@pec.it sds@usl12.toscana.it