

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
tel. _____ documento _____ rilasciato
da _____ il _____

in qualità di: (Barrare le caselle che interessano)

- titolare
 - tutore per l'interdetto (art. 8 L. 4/01/68 n. 15)
 - Rappresentante Legale per i minori di anni 18 (art. 8 L.n. 15/68)
 - Curatore per l'inabilitato (art. 8 L. 4/01/68 n. 15)
 - Erede (art. 1 comma 8 D.p.r. n. 598/94)
- del ___ Sig/ra _____

chiede a codesto ufficio

- rilascio copia conforme verbale di visita e/o documentazione
- visione

della pratica di

- invalidità civile
- handicap
- legge 68/99
- sordomutismo

Impossibilitato DELEGA

Il Sig/ra _____ familiare parente altro _____
nato a _____ il _____ residente a _____
documento d'identità _____ rilasciato da _____ il _____

_____, il _____

Firma del richiedente _____

Se la firma non è posta in presenza dell'impiegato addetto, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore, all'Ufficio Invalidi Civili via fax (0376 750952) o via e-mail (medicina.legale@asst-mantova.it).

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.