

Il/La sottoscritto/a

| DATI DELL'AFFIDATARIO | |
|--------------------------------------|---|
| Cognome | <input type="text"/> |
| Nome | <input type="text"/> |
| Data di nascita | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| Comune o stato estero di nascita | <input type="text"/> |
| Codice fiscale | <input type="text"/> |
| Estremi documento di identificazione | |
| Tipo documento | <input type="text"/> |
| Numero | <input type="text"/> Data scadenza <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| Tribunale di | <input type="text"/> |
| Estremi del provvedimento | <input type="text"/> |
| Data termine tutela | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n. 445/2000) e in qualità di tutore legale/amministratore di sostegno

DICHIARA

di essere attualmente nelle condizioni e facoltà sopra descritte e di impegnarsi a comunicare qualsiasi eventuale variazione, e, per gli effetti

RICHIEDE

l'accesso ai Servizi Sanitari Online per il soggetto affidato:

| DATI DEL SOGGETTO AFFIDATO | |
|----------------------------------|--|
| Cognome | <input type="text"/> |
| Nome | <input type="text"/> |
| Data di nascita | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| Comune o stato estero di nascita | <input type="text"/> |
| Codice fiscale | <input type="text"/> |

Numero Pratica

Data / /

Firma _____