

COMUNE DI OLBIA

Provincia Gallura

Nord – Est Sardegna

*Settore Servizi Alla Persona*

Assessorato alle Politiche Sociali, Pari Opportunità, Politiche Sanitarie e Tutela degli Animali

**Spett.le COMUNE DI OLBIA**

 Settore Servizi alla Persona

Via Perugia n 3

07026 OLBIA

**OGGETTO: delega ritiro contributo “indennità regionale fibromialgia (IFR)” anno 2025**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata/o a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente ad Olbia in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_

in qualità di beneficiario dell’indennità in oggetto,

**DELEGO**

al ritiro del rimborso spettante la/il Sig.ra /Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_

Allego:

1. Carta Identità del delegato e delegante
2. Codice fiscale del delegato e delegante
3. Codice IBAN conto corrente intestato al delegato

Olbia, li Firma ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***