

Delega per l'accesso ai Servizi URP

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____, con documento di identità
n. _____, rilasciato da _____ il _____,

DELEGO

il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____, con documento di identità
n. _____, rilasciato da _____ il _____, ad accedere ai servizi
URP della ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila e a ricevere risposta.

Servizi URP

Il/la delegato/a è autorizzato/a ad accedere ai seguenti servizi URP:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> SEGNALAZIONE | <input type="radio"/> RICHIESTA |
| <input type="radio"/> RINGRAZIAMENTO/ELOGIO | <input type="radio"/> SUGGERIMENTO/PROPOSTA |
| <input type="radio"/> RECLAMO | <input type="radio"/> ALTRI SERVIZI: _____ |

Descrizione sintetica della motivazione all'accesso:

Data:

Firma del delegante: _____

Firma del delegato: _____

Allego:

1. copia del documento di riconoscimento del delegante
2. copia del documento di riconoscimento del delegato