

**Delega per la presentazione della domanda di Accesso al Programma “Mi prendo cura” di cui  
alla DGR n.10/28 del 16.03.2023 Annualità 2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ a presentare per proprio conto la domanda di accesso al programma “Mi  
Prendo Cura” di cui alla DGR 10/28 del 16.03.20. Annualità 2024.

Sennori, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**N.B.** Allegare fotocopie del documento di identità valido del delegante e del delegato.