

FORMAT ALLEGATO 2

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI ROGLIANO

Comune capofila: Rogliano



UFFICIO DI PIANO DEL DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI ROGLIANO

COMUNE CAPOFILA : ROGLIANO

PR Calabria FESR-FSE+ 2021-2027

Priorità 4INCL – OS ESO4.12 – Azione 4.I.1

AVVISO PUBBLICO

per la presentazione delle domande di accesso al
***Buono servizio per il contrasto alla povertà attraverso l'accesso
ai servizi e alle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale***

CUP: F49G26000100002

Annualità 2026

DICHIARAZIONE DI DELEGA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Dati del Delegante

COGNOME	
NOME	
CODICE FISCALE	
DATA DI NASCITA	
PROVINCIA DI NASCITA	
COMUNE DI NASCITA	
SESSO	
TELEFONO O CELLULARE	
INDIRIZZO E-MAIL	
PEC	
CITTADINANZA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
INDIRIZZO DI DOMICILIO	

DELEGA

Il Signor/ra _____ Codice Fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

alla sottoscrizione e gestione per conto del sottoscritto della Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico *Buono servizio per il contrasto alla povertà attraverso l'accesso ai servizi e alle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale* per l'ammissione al Buono Servizio per l'annualità 2026, destinato a coprire la quota pubblica di compartecipazione alla retta ai sensi della D.G.R. n. 72/2024.

Il/La sottoscritto/a dichiara di approvare l'operato del proprio delegato sollevandolo da ogni responsabilità.

Allega

Copia del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore

Codice Fiscale del sottoscrittore

Copia del documento di identità in corso di validità del delegato

Codice Fiscale del delegato

Luogo e data _____

II/La Delegante
