



A.V.I.D. Varese - Onlus

Associazione volontaria assistenza invalidi e disabili

Spett. le
Azienda Sanitaria Locale
Sede di Varese
Via O. Rossi - Varese

Oggetto: conferimento di mandato ed incarico di rappresentanza.

Io sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

residente a _____

cod.fisc. _____

identificato a mezzo c.i. n. _____ rilasciata dal comune di _____

conferisco mandato all'associazione A.V.I.D. Varese Onlus (Associazione Volontaria Assistenza Invalidi e Disabili), in persona del presidente cav. Battista Venturini, a rappresentarmi, difendermi ed assistermi in relazione alla richiesta di rilascio e successivi rinnovi della patente di guida presso l'ufficio patenti disabili della ASL di Varese, conferendo ogni più ampio potere anche di ritiro documentazione, sottoscrizione per ricevuta e quietanza e quant'altro ritenuto utile al solo scopo di tutelarli e salvaguardare i miei diritti per le finalità indicate.

Li _____ Firma _____

Per accettazione. Avid Varese Onlus.
Il delegato

Allegati: copia carta di identità; copia codice fiscale, copia patente, 1 foto tessera, copia verbale di invalidità civile o verbale Inail, delga AVID.

Varese – via Sanvito Silvestro 44, 21100 Varese info; 340-3303528



A.V.I.D. Varese - Onlus

Associazione volontaria assistenza invalidi e disabili