

Al Sig. Segretario  
della Commissione Invalidi Civili  
dell' Azienda Sanitaria Locale di Potenza  
(A. S. P.)  
85100 Potenza

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il ..... residente a ..... via ..... n° .....

**CHIEDE**

N° ..... copie autenticate del verbale di invalidità civile

Si alléga copia del documento di riconoscimento.

Data ..... firma .....

---

**DELEGA**

Il/la sottoscritto/a invalido ..... delega il sig. ....

Nato/a ..... il ..... residente a .....

Via ..... n° .....

Data ..... (firma) .....