AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL
ASWE
Agentur für soziale und wirtschaftliche Entwicklung
Leistungen Zivilinvaliden, -blinde und Gehörlose
K.- M.- Gamper- Str. 1 – BOZEN FAX 0471/418282

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
ASSE
Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico
Prestazioni invalidi civili, ciechi e sordi
Via C. M. Gamper 1 - BOLZANO FAX 0471/418282

Der/Die unterfertigte
Il/la sottoscritto/a _____

in der Eigenschaft als
in qualità di _____

des Zivilinvaliden
dell'invalido civile _____

geb.am / nato il _____ in / a _____ Prov. / prov. _____

wohnhaft in / residente a _____ Str. / Via _____ Nr. / n. _____

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| |____|____|____|____|____|____|____|____|
Codice fiscale – Steuernummer Aktennummer.- Numero Posizione

voll handlungsfähig im Sinne des bürgerlichen Gesetzbuches, Bezieher der im Sinne des L.G. 21.08.78, Nr.46 in geltender Fassung gewährten finanzielle Leistungen an Zivilinvaliden, Zivilblinde und Gehörlose

titolare in base alla L.P. 21.08.78, n. 46 nel testo vigente delle prestazioni di assistenza sociale per invalidi civili, ciechi civili e sordi di cui al succitato libretto, nel pieno possesso della capacità d'agire prevista dal Codice Civile di porre in essere atti giuridici,

b e v o l l m ä c h t i g t **d e l e g a**

Herrn/Frau
Il/la Signor/a _____
geb.am / nato il _____ in / a _____ Prov. / prov. _____ Steuernummer / codice fiscale _____
wohnhaft in / residente a _____ Str. / Via _____ Nr. / nr. _____
die Beträge der obgenannten Zuwendungen bei einem Postamt.
a riscuotere in propria vece, presso un Ufficio Postale.

zu beheben, und befreit die Landesverwaltung von jeglicher gegenwärtigen und zukünftigen Verantwortung.

i ratei delle prestazioni assistenziali di cui sopra, sollevando l'Amministrazione Provinciale da ogni responsabilità presente e futura.

Datum / data _____ Unterschrift des Vollmachtgebers / firma del delegante _____

Gemeinde
Comune di _____
Ich bestätige, daß Herr/Frau / Si attesta che la firma di _____ von deren Identität ich mich durch / identificato mediante _____

_____

vergewissert habe, in meiner Gegenwart unterschrieben hat.
é stata apposta in mia presenza.

Datum/data _____ Die Amtperson / Il Pubblico Ufficiale _____ Stempel/timbro _____

Wenn Sie vorhaben, eine andere Person in Ihrem Auftrag zur Behebung der Leistungen für Zivilinvalidität, Blindheit und Taubstummheit, deren Inhaber Sie gemäß L.G. 21.08.78, Nr.46 sind, zu bevollmächtigen, müssen Sie beiliegende Vollmacht vollständig ausgefüllt zurücksenden.

Die Vollmacht wird nur dann angenommen, wenn sie von einer zurechnungsfähigen Person erlassen wird. Im Falle von entmündigten Personen ist die Vollmacht vom Vormund auf dem vorgesehenen Formular abzufassen.

Diese Vollmacht muß innerhalb 20. des Monats bei diesem Landesamt eingehen.

Qualora Lei intenda delegare un'altra persona alla riscossione per Suo conto delle prestazioni di invaliditá, di cecitá o sordomutismo di cui Lei é titolare ai sensi della L.P. 21.08.78, n.46, Lei dovrá restituire il modulo soprastante debitamente compilato in ogni sua parte.

La delega, perchè possa essere accettata a tutti gli effetti, deve essere resa da persone in grado di intendere e di volere. Nel caso di persone interdette la delega deve essere rilasciata dal tutore, utilizzando l'apposito modulo.

La presente delega deve pervenire a questo ufficio entro il giorno 20 del mese.