

[spazio riservato all'ente]

Conferimento della rappresentanza

Il sottoscritto (*)				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico CAP

(*) il sottoscritto o il testimone, in caso di impossibilità, da parte di questi, a sottoscriverlo.

CONFERISCE

al proprio convivente				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso (M/F)	Cittadinanza	Luogo di nascita

LA RAPPRESENTANZA

con poteri

<input type="checkbox"/>	<i>pieni</i>
<input type="checkbox"/>	<i>limitati</i>

in caso di	
Situazione oggetto della rappresentanza	
<input type="checkbox"/>	<i>in caso di malattia che comporta incapacità di intendere e di volere, per decisioni in malattia di salute</i>
<input type="checkbox"/>	<i>in caso di morte, per quanto riguarda la donazione di organi, le modalità di trattamento del corpo e le celebrazioni funerarie</i>

Luogo	Data	Il dichiarante