



## Procura

### Il/la sottoscritto/a (persona assicurata)

Numero d'assicurato \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Via, No. \_\_\_\_\_

CAP, Luogo \_\_\_\_\_

### Autorizzo con la presente:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Via, No. \_\_\_\_\_

CAP, Luogo \_\_\_\_\_

a rappresentarmi in tutte le pratiche nei confronti della Cassa federale di compensazione, ricevere la corrispondenza, fornire informazioni e presentare richieste. Questa procura è valida fino alla revoca da parte della persona assicurata.

Sia la persona assicurata che il rappresentante prendono atto dell'obbligo d'informazione.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma della persona assicurata

Se la persona assicurata non è più in grado di firmare a mano la procura per motivi di salute, abbiamo bisogno di una conferma del medico curante.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma della persona autorizzata