



**COMUNE DI TARANTO**  
SERVIZI SOCIALI

**Al Comune di Taranto**  
**Direzione Servizi Sociali**

**OGGETTO: MODELLO DI DELEGA - RITIRO GIFT CARDS**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Cod\_Fisc \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ tel. Cell \_\_\_\_\_  
e.mail \_\_\_\_\_

**In qualità di**

**UTENTE BENEFICIARIO DI GIFT CARDS**

**DELEGA**

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Cod\_Fisc \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ tel. Cell \_\_\_\_\_  
e.mail \_\_\_\_\_ al ritiro di **n.5 Gift Cards** (per un valore totale pari a € 100,00).

**Si allega alla presente:**

- Fotocopie di un documento di riconoscimento in corso di validità, **del delegante e del delegato.**

**IL BENEFICIARIO DICHIARA**

- Di essere a conoscenza che le Gift Cards potranno essere utilizzate **entro e non oltre il Giugno 2023**, esclusivamente presso gli esercizi commerciali della catena Megamark;
- Di essere stato informato/a sull'utilizzo della singola Gift Cards che potrà essere utilizzata **una sola volta**;
- Di essere personalmente responsabile delle Gift Cards consegnate in data \_\_\_\_\_ da parte dei competenti Uffici.

Taranto, li \_\_\_\_\_

Firma

SERVIZIO DISABILI – SALUTE MENTALE – DIP. PATOLOGICHE

Via Lazio n. 45 - 74121 Taranto - +39 099 4581 757/898/766

EMAIL [serviziadisabili@comune.taranto.it](mailto:serviziadisabili@comune.taranto.it)

PEC [areadisabili.comunetaranto@pec.rupar.puglia.it](mailto:areadisabili.comunetaranto@pec.rupar.puglia.it)

[www.comune.taranto.it](http://www.comune.taranto.it)

