

Il/la sottoscritto/a
nato/a il / / a
prov. (.....) codice fiscale.....

Documento d'identità n
rilasciato da il / /

DELEGA

Il/La Sig./ra
nato/a il / / a
prov. (.....) codice fiscale.....

residente a prov
via/piazza

Documento d'identità n
rilasciato da il / /

Ad agire in nome e per proprio conto durante la convocazione ASL Salerno
in data / /

Data

Il delegante *

.....

* Allegare la fotocopia del documento d'identità del delegante