



MODULO DI DELEGA

ALL'ASST DI LODI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ prov. _____

il ____/____/____ e residente a _____ prov. _____

in via/piazza _____, n° ____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Documento di identità _____ n. _____

rilasciata da _____ il ____/____/____

in qualità di _____

vista l'impossibilità ad attendere l'attività per la quale si conferisce la presente autorizzazione,

DELEGA

Il **Comune di Maleo (LO)**

in via/piazza **_XXV APRILE_**, n° **_1_** CAP **_26847_**

Codice Fiscale: **82502910159**

a richiedere per mio conto (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

Luogo e Data

Firma Delegante

N.B. si allega Carta d'Identità del delegante

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi

26900 Lodi – Piazza Ospitale, 10 – Tel. 0371-37.1 / Fax 0371-37.6438 – C.F.

e P.IVA 09322180960