



## DELEGA MULTIPLA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....

NATO/A IL ..... A ..... PROV. ....

E RESIDENTE NEL COMUNE DI ..... PROV. ....

IN VIA ..... N° ..... CAP .....

CODICE FISCALE ..... TEL. ....

CHIEDO L'ASSEGNAZIONE DEL DR. ....

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....

NATO/A IL ..... A ..... PROV. ....

E RESIDENTE NEL COMUNE DI ..... PROV. ....

IN VIA ..... N° ..... CAP .....

CODICE FISCALE ..... TEL. ....

CHIEDO L'ASSEGNAZIONE DEL DR. ....

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....

NATO/A IL ..... A ..... PROV. ....

E RESIDENTE NEL COMUNE DI ..... PROV. ....

IN VIA ..... N° ..... CAP .....

CODICE FISCALE ..... TEL. ....

CHIEDO L'ASSEGNAZIONE DEL DR. ....

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....

NATO/A IL ..... A ..... PROV. ....

E RESIDENTE NEL COMUNE DI ..... PROV. ....

IN VIA ..... N° ..... CAP .....

CODICE FISCALE ..... TEL. ....

CHIEDO L'ASSEGNAZIONE DEL DR. ....

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....  
NATO/A IL ..... A ..... PROV. ....  
E RESIDENTE NEL COMUNE DI ..... PROV. ....  
IN VIA ..... N° ..... CAP .....  
CODICE FISCALE ..... TEL. ....  
CHIEDO L'ASSEGNAZIONE DEL DR. ....

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....  
NATO/A IL ..... A ..... PROV. ....  
E RESIDENTE NEL COMUNE DI ..... PROV. ....  
IN VIA ..... N° ..... CAP .....  
CODICE FISCALE ..... TEL. ....  
CHIEDO L'ASSEGNAZIONE DEL DR. ....

<b>DELEGANO</b>
-----------------

IL/LA SIG./SIG.RA .....NATO/A IL .....  
A ..... PROV. .... E RESIDENTE NEL COMUNE DI  
..... PROV. .... IN VIA ..... N° .....  
DOCUMENTO D'IDENTITA' N° ..... RILASCIATO DAL COMUNE DI .....  
IL ..... SCAD. ....  
DATA .....

**FIRME DEI DELEGANTI**

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....

**IL DELEGATO SI PRESENTI CON UN DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' E FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO VALIDO FRONTE/RETRO E TESSERA SANITARIA DEL DELEGANTE**