

## DELEGA

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Iscritto all'albo dal \_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_

Impossibilitato/a a partecipare all'Assemblea Ordinaria degli iscritti del giorno **27 FEBBRAIO 2024**  
delega a rappresentarlo/a il/la Dott./Dott.ssa

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

DATA ISCRIZIONE \_\_\_\_\_ N. ISCRIZIONE \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA del DELEGANTE

\_\_\_\_\_

Allegato Documento di riconoscimento pena l'invalidità della DELEGA