



Azienda Socio Sanitaria Ligure 5
La Spezia
S.S.D. MEDICINA LEGALE
19122 La Spezia –Via Fiume 137
Tel . 0187 534517
email : medicina.legale@asl5.liguria.it

MODELLO DELEGA

Il/la sottoscritto/a
nato/a.....(.....) il.....,
residente a(.....), via
Tel....., mail.....
C.F.,
Documento di identità n....., rilasciato da
....., il.....

DELEGA

il/la sig./sig.ra
nato/a(.....) il
residente a(.....), via
tel..... C.F.
Documento di identità n., rilasciato da
....., il

a (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega):
.....
.....
.....

Firma Delegante

Luogo e data.....

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato

IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'