

ELEZIONI RAPPRESENTANTI DI BRANCA

ASL N. ___ DI _____

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____ partecipante alla Conferenza di
Branca _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

DELEGA

il/la Dott./Dott.ssa _____ nato/a _____ il _____
residente in via _____ CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____
il _____

Alla votazione per l'elezione dei Responsabili di Branca – Comitato Consultivo Zonale di Cagliari.

Luogo e Data

Firma Delegante

Si allega alla presente, fotocopia del Documento di Identità del delegante.