

COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI CAGLIARI

ELEZIONI RAPPRESENTANTI DI BRANCA

ASL N. ____ DI _____

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____ partecipante alla Conferenza di
Branca _____ nato/a a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____

Città _____

Codice Fiscale _____

Documento d'identità n. _____ rilasciato da _____

il _____

DELEGA

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____ partecipante alla Conferenza di
Branca _____ nato/a a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Documento d'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