



A.C.T.I. CAMPANIA
Associazione Cardio Trapiantati Italiani

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
e residente in via _____ N. _____
CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____
rilasciato da _____ il _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____
nato/a _____ il _____
e residente in via _____ N. _____
CAP _____ Città _____
Codice Fiscale _____
Documento di identità n. _____
rilasciato da _____ il _____

a rappresentarlo in occasione della assemblea dell'ACTI Campania che si terrà il giorno 18 Ottobre 2019 alle ore 16,30, approvando fin da ora il suo operato in quanto agirà in nome e per conto del sottoscritto, ad eccezione di eventuali atti contrari alla legge.

Luogo e Data

Firma Delegante
