



OPI

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

MODELLO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____

città _____ Prov. _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____

nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____

città _____ Prov. _____

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

Il delegante

(luogo e data)

(firma)

N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del delegante