



**UOSD Area Disabilità e Autismo – ASST Papa Giovanni XXIII  
Via Borgo Palazzo, 130 -24125 Bergamo**

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: rappresentarlo al Collegio di Accertamento che si terrà a \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_

Il delegante

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

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