

**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