



AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI
Sede Legale Piazza Carlo Forlanini,1 –
00151 Roma – P.IVA 04733051009



Modulo di delega generico

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ C.F. _____

DELEGA

il/la sig. _____ nato/a a _____

il _____

a ritirare/richiedere quanto sotto descritto :

Roma, _____

Firma del delegante

Firma ed Estremi identificativi del delegato al ritiro o alla richiesta

Allegare una fotocopia del documento di identità del delegante, in corso di validità.