

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. _____

AL RITIRO DEL KIT GRATUITO DI 10 MASCHERINE CHIRURGICHE.

Il delegante

(luogo e data)

(firma)

Il delegato

(firma)

**ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ
DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO (O IMMAGINE DAL CELLULARE)**