



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Mantova

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____ in Via/Piazza/Strada _____

_____ n. _____ CAP _____

DELEGA AL RITIRO DELL'ESAME

Il/la Sig./Sig.ra _____

Munito/a di documento di identità

Carta di Identità nr. _____ rilasciata da _____

Patente nr. _____ rilasciata da _____

Passaporto _____ rilasciato da _____

A tal fine allega, inoltre, LA **COPIA DEL PROPRIO DOCUMENTO DI IDENTITA' QUALE DELEGANTE**

Data _____ Firma _____