



# OPI

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

## MODELLO DI DELEGA

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: (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Il delegante

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

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

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