***Modulo di Delega***

***per la partecipazione all’Assemblea Degli Iscritti dell’Ordine di Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle professioni sanitarie Tecniche, della riabilitazione e della prevenzione di Perugia e Terni***

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a all’albo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con il n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sotto la propria responsabilità**

**DELEGA A RAPPRESENTARLO NELL’ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI:**

L’iscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto all’albo dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con il n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL DELEGANTE FIRMA DEL DELEGATO

***N.B. È possibile essere delegati da massimo 2 professionisti iscritti non partecipanti all’Assemblea***

***Alla presente richiesta deve essere allegata copia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità***