

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In qualità di Presidente/Vicepresidente Responsabile

(in caso di impedimento del Presidente la firma spetta al Vicepresidente Responsabile)

della Società \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(denominazione Società) (codice FIP)

### **CONFERISCE DELEGA**

al Presidente/Vicepresidente Responsabile/Dirigente munito di mandato

della Società \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(denominazione Società) (codice FIP)

signor/signora \_\_\_\_\_

per il Collegio Elettivo Regionale della FIP Marche che avrà luogo il 29.09.2024

\_\_\_\_\_  
(Timbro della Società)

\_\_\_\_\_  
(firma del Presidente o del  
Vicepresidente Responsabile)

\_\_\_\_\_  
(data)

---

#### **NOTA BENE. PER LA VALIDITA' DELLA DELEGA SI DEVE:**

1. allegare fotocopia di un documento valido di riconoscimento del delegante.
2. Esibire alla Commissione Verifica Poteri un valido documento di riconoscimento del delegato.
3. compilare la delega con tutti i dati necessari.
4. Il timbro della Società è obbligatorio se la delega non è rilasciata su carta intestata della Società.