

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 Sardegna 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.