

Segreteria Commissione Medico Locale

Viale della Vittoria 321, **Agrigento**

Oggetto: Delega ritiro certificazioni inerente la visita effettuata presso C.M.L di Agrigento.

Il/la sottoscritto/a Nato/a.....()
il..... ,

Delega

il Sig./a a rappresentarlo e assisterlo nel ritiro delle
certificazioni per lo svolgimento della pratica sopra descritta.

Allego alla presente copia dei documenti di identità del delegante e del delegato.

Firma del delegante