



**Comune di Brembio**

**MODELLO DELEGA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

ad effettuare per mio conto il pagamento relativo alla quota da me dovuta per l'adesione allo screening sierologico Comunale.

Luogo e Data

Firma Delegante