



DELEGA RITIRO DEL DIPLOMA ORIGINALE DI ABILITAZIONE

FAC-SIMILE PER LA DELEGA

Il/La Sottoscritto/a

Nato/a a _____ il _____

Residente in via _____ n. _____

Comune _____ cap. _____ Provincia _____

DELEGA

Il/La Sig./ra

al ritiro del diploma di Abilitazione alla professione di Medico Chirurgo – Anno _____
Sessione ____

Allega a tale scopo, copia del documento di identità del delegato e del delegante.

Firma Delegato _____ Firma Delegante _____

Data _____

