

Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____

in qualità di (indicare ruolo casella):

PRESIDENTE/ VICE/ TESORIERE/ SEGRETARIO/ CONSIGLIERE/ SOCIO)

dell'associazione Mobility Access Pass (MAP), nato/a a (indicare CITTA', e PROVINCIA):

_____ il ___/___/___, residente in Via/V.le/

P.zza _____ n.° _____, CAP _____.

Codice Fiscale _____ e Documento di identità n.°

_____ rilasciato dal Comune di _____ il ___/___/___.

DELEGA

il/la sig./sig.ra (Nome e Cognome) _____,

in qualità di _____ (RUOLO) dell'associazione MAP, nato/a

a _____ (CITTA' IN PROVINCIA DI _____): _____

il ___/___/___ e residente in Via/V.le/

P.zza _____ n.° _____, CAP _____ (CITTA' IN PROVINCIA

DI _____). Codice Fiscale _____ e

Documento di identità n.° _____ rilasciato dal Comune

di _____ il ___/___/___.

A

Discutere l'OdG all'Assemblea Ordinaria dei Soci prevista in forma presenziale e su richiesta tramite collegamento ad apposita piattaforma on-line il **20/01/2024 in seconda convocatoria dalle 18.30 alle 19.30 circa** e a votare per suo conto.

Luogo e Data: _____,

Firma Delegante:

NB: Si allega alla presente la fotocopia del documento di identità in vigore del delegante.