# *BOZZA DEL MODULO DI DELEGA DA STAMPARE SU CARTA INTESTATA O CON TIMBRO IN CALCE DELL’ASD/SSD DELEGANTE*

**Assemblea Regionale Ordinaria Elettiva FIDESM CALABRIA 24 NOVEMBRE 2024 - CASTROLIBERO (CS)**

Il/La sottoscritto/a *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* tessera n. ⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕,

*(nome, cognome e codice tessera del Presidente/legale rappresentante delegante)*

nato/a a *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* prov. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* il*\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(luogo, provincia e data di nascita del Presidente/legale rappresentante delegante)

CF ⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕in qualità di Presidente/rappresentante

(Codice Fiscale del Presidente/legale rappresentante delegante)

legale dell’ASD/SSD *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_–* codice di affiliazione ⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕

(denominazione e codice affiliazione ASD/SSD delegante)

**DELEGA**

(compilare solo uno dei due riquadri sotto riportati)

□ **DELEGA ESTERNA**

Il/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,

*(nome, cognome, luogo e provincia di nascita del tesserato* a cui viene assegnata la delega*)*

il \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ CF: ⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕  
 (data di nascita e codice fiscale del tesserato a cui viene assegnata la delega)

**IN QUALITÀ DI**: *(compilare solo uno dei due riquadri sotto riportati)*

□ **PRESIDENTE/RAPPRESENTANTE LEGALE DELL’ASD/SSD** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(*denominazione dell’ASD/SSD del delegato*)*

con codice di affiliazione ⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕

*(*codice di affiliazione dell’ASD/SSD a cui viene assegnata la delega*)*

□**COMPONENTE DEL CONSIGLIO DELL’ASD/SSD** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(*denominazione dell’ASD/SSD a cui viene assegnata la delega*)*

con codice di affiliazione ⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕ il cui Presidente/rappresentante legale

*(*codice di affiliazione dell’ASD/SSD a cui viene assegnata la delega)

è il/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,

*(nome, cognome, data e provincia di nascita del Presidente/rappresentante legale dell’ASD/SSD* a cui viene assegnata la delega*)*

il \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ CF: ⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕  
 (data di nascita e codice fiscale del Presidente/rappresentante legale dell’ASD/SSD a cui viene assegnata la delega)

□ **DELEGA INTERNA**

Il/la sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tessera n. ⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕

*(nome, cognome e codice tessera componente Consiglio Direttivo* a cui viene assegnata la delega*)*

Nato/a a *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* prov. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* il*\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(luogo, provincia e data di nascita componente Consiglio Direttivo* a cui viene assegnata la delega*)*

CF: ⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕⎕

(codice fiscale del componente Consiglio Direttivo a cui viene assegnata la delega)

**IN QUALITÀ DI**

**COMPONENTE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL’ASD/SSD CHE RAPPRESENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **TIMBRO ASD/SSD DELEGANTE** |  |

**a rappresentarlo all’Assemblea Regionale Ordinaria Elettiva FIDESM CALABRIA 24 NOVEMBRE 2024**

# Data / /

(firma del Presidente delegante)

**LA DELEGA, CORREDATA DALLA FOTOCOPIA LEGGIBILE DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITA’ DEL**

**PRESIDENTE/LEGALE RAPPRESENTANTE DELL’AFFILIATA DELEGANTE, DOVRA’ ESSERE ESIBITA ALLA COMMISSIONE VERIFICA POTERI**