**Assemblea Regionale Straordinaria FIDESM LOMBARDIA - del 9 marzo 2025**

 **c/o Palazzetto dello Sport SOEVIS ARENA - Via Legnano n. 3 - 21053 CASTELLANZA (VA)**

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**

# **a rappresentarlo all’Assemblea Regionale *Strao*rdinaria Elettiva FIDESM Regione Lombardia del 9 marzo 2025**

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

# 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**