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

**Assemblea Regionale Ordinaria Elettiva FIDESM Regione Marche – Loreto (AN) 13/04/2025**

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 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 Ordinaria Elettiva FIDESM Regione Marche del 13/04/2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**