

**DELEGA**

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Ferrara  
Ufficio Scuole di Specializzazione Sanitarie  
Via Aldo Moro, 8  
44124 Cona (FE)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ per l'anno accademico \_\_\_\_\_

ovvero

- avendo conseguito la Specializzazione in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

presso l'Università degli Studi di Ferrara

**DELEGA**

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**AD EFFETTUARE LE SEGUENTI OPERAZIONI:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALLEGA: Copia di un valido documento di riconoscimento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_