

REVOCA DI DELEGA

Io sottoscritto/a: _____ **Nato/a a:** _____

Il: _____ **Residente in:** _____

Codice Fiscale: _____

Con la presente, revoco la delega conferita in data: _____

A: _____

Nato/a a: _____ **Il:** _____ **Residente in:** _____

Codice Fiscale: _____

Per la firma per proprio nome e conto di tutta la documentazione necessaria a nome di _____, inerente e connessa per l'inizio della presa in carico odontoiatrica presso lo Studio De Favero s.r.l.s.

Con la presente revoca, la suddetta delega si intende annullata a partire dalla data odierna.

Luogo e data: _____

Firma del delegante: _____