

## MODELLO DELEGA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

## DELEGA

La Cooperativa \_\_\_\_\_ con sede legale in via  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Partita Iva \_\_\_\_\_  
a ricevere sul proprio conto corrente IBAN \_\_\_\_\_  
i rimborsi del servizio educativo scolastico da parte della Provincia di Oristano.

Luogo e Data

Firma Delegante

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante