

Allegato 2a

All'I.Z.S. di

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome).....,
nato/a a (Prov.)....., il....., residente a
(Comune e Prov.) in Via/Piazza.(indirizzo e n.
civico)....., in qualità di Autorità
Competente in servizio presso la ASL/PCF di

DELEGA

il/la Dr./Dr.ssa(nome e cognome).....,
nato/a a (Prov.)....., il....., residente a
(Comune e Prov.) in Via/Piazza.(indirizzo e n.
civico)....., anch'esso/a dipendente
della A.S.L./PIF DI
ad agire per conto del sottoscritto per la formazione dei Campioni Finali mediante macinazione del
Campione Globale di mangime di cui al verbale di prelevamento n. del
sigillo n:..... prelevato da me medesimo/a, che verrà effettuata in
data:.....presso:..... alle ore:.....

Luogo e data

Firma leggibile del delegante

All: fotocopia di un documento di riconoscimento del delegante.