

Spett. le Azienda USL di Ferrara  
Dipartimento di Sanità Pubblica  
Direzione U.O. Funzioni Amministrative  
Via F. Beretta, 7 – 44121 Ferrara

**DELEGA PER LA CONSEGNA/RITIRO DEL PROVVEDIMENTO**

emesso ai sensi dell'art. 17, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 151/01

La sottoscritta .....  
nata a ..... il .....

**DELEGA**

Il/La Sig./ra .....  
nato/a a ..... il .....

Alla consegna/ritiro delle 2 copie del PROVVEDIMENTO di interdizione anticipata del lavoro ai sensi dell'art. 17, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 151/01

Data .....

FIRMA

.....

- N.B.: 1) deve essere allegata fotocopia del documento di identità della delegante  
2) il delegato deve presentarsi per il ritiro munito di documento di identità in corso di validità

---

**SPAZIO AD USO DELL'UFFICIO**

Cura il ritiro il/la sig. ....  
Identificato/a a mezzo del seguente documento: .....  
.....

Data .....

FIRMA

.....