



**AGENZIA
PER IL DIRITTO ALLO STUDIO
UNIVERSITARIO DELL'UMBRIA**

Il/La sottoscritto/a _____ ADICOD _____

Nato/a _____ il _____

Residente in via _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra _____ ADICOD _____

Nato/a _____ il _____

Residente in via _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____

Al ritiro pasti del giorno _____ presso la mensa _____

(luogo e data)

(firma)

N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del delegante