



STATIC DI MILANO S.P.A.

Via Domodossola 9/a

20145 MILANO



Milano, \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

DELEGO

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

al ritiro dell'esame \_\_\_\_\_

da me eseguito presso il Vostro Centro.

Allego fotocopia della mia carta d'identità.

**RITIRO ESAME: da lunedì a venerdì 8.30 / 18.00**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_