# ***D E L E G A***

*IL SOTTOSCRITTO …… NATO A …… IL …… IN SERVIZIO EFFETTIVO c/o …… ED ATTUALMENTE IN SERVIZIO c/o ……CON LA PRESENTE AUTORIZZO IL SIG. …… QUALE RAPPRESENTANTE DELL'O.S.A.P.P., A PRENDERE VISIONE PRESSO CODESTO DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA DELLO STATO DELLA PRATICA INERENTE …… ESONERANDO COSI' DA OGNI RESPONSABILITA' L'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA CIRCA LA DIFFUSIONE DÌ DATI PERSONALI.*

*SI ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DÌ IDENTITA' PERSONALE.*

*IN FEDE.*

*LI'……* _____

O.S.A.P.P. Organizzazione Sindacale Autonoma Polizia Penitenziaria