

PROCURA SPECIALE

Io sottoscritto/a
CF..... nato/a a
ilresidente in
in via cell
email delego l'Avv.to Michele Bonetti a
rappresentarmi e a difendermi, in ogni stato e grado del giudizio conferendogli ogni più
ampio potere di legge, in merito al procedimento per il rimborso degli anni di specializzazione
medica.

Eleggo domicilio presso lo studio dell'Avv. Michele Bonetti sito in Roma via S. Tommaso
d'Aquino n. 47.

La presente vale come autorizzazione ai fini del trattamento dei dati personali.

Sottoscrizione

V. per autentica

Avv. Michele Bonetti