Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………….. , nato/a a ………………………. (…..) il …../…../…….., residente a …………………………………………. ( ….. ) in via …………………………………………..……………….…… CAP ……….. , C.F. …………………………………………. Documento di identità n. ………………………………… rilasciato da ……………………………….. il …../…../……. , in qualità di Datore di lavoro/legale rappresentante dell’impresa ………….…………………….………………………….. , con sede a ……………………………………………..

**DELEGA**

il/la sig./ra …………………………………………………………………………………………………………………

nato/a a ………………………. (…..) il …../…../…….., residente a …………………………………………. ( ….. ) in via …………………………………………..……………….…… CAP ……….. , C.F. ………………………………………….

a presentare l’istanza di Cassa Integrazione Guadagni in Deroga (CIGD) COVID-19 nazionale, attraverso lo Sportello Digitale della Regione Abruzzo.

Luogo e data ………………….

 Il Delegante

*Firmato digitalmente (opzione preferibile)*

*o in alternativa Firma per esteso e leggibile*

*con allagata copia del documento di identità*

 ………….……………………….

***(\*) Allegare copia fotostatica del documento d’identità del delegante***