

## MODULO DI DELEGA

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

\_\_\_\_\_  
*Codice Fiscale data nascita luogo di nascita*

\_\_\_\_\_  
*Indirizzo di residenza Comune*

Cell. \_\_\_\_\_ PEC (obblig.) \_\_\_\_\_

Inserito nelle graduatorie valide per il conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) ed incarichi provvisori per il servizio presso Case Circondariali /Istituti Penitenziari nell'ASP di AGRIGENTO

### DELEGA

\_\_\_\_\_  
*Cognome e nome*

\_\_\_\_\_  
*Codice Fiscale data di nascita luogo di nascita*

\_\_\_\_\_  
*Indirizzo di residenza Comune*

A presenziare alla convocazione **martedì 27 giugno 2023** e ad accettare in nome e per conto del sottoscritto delegante l'incarico oggetto di conferimento, fermo restando che la formalizzazione del medesimo incarico dovrà essere effettuata personalmente dal sottoscritto entro 24/48 ore dalla convocazione, pena la non assegnazione dell'incarico.

Si allega in copia valido documento di riconoscimento del sottoscritto e del delegato.

\_\_\_\_\_  
*luogo e data firma (Leggibile e per esteso)*