## **MODULO DI DELEGA**

II/la Sottoscritto/a		
	Cognome e Nome	_
Codice Fiscale	data nascita	luogo di nascita
Indirizzo di residenza	Comune	
Cell	PEC (obblig.)	
Assistenza Primaria ad atti		richi provvisori e/o di sostituzione di nziale) ed incarichi provvisori per il ASP di AGRIGENTO
	DELEGA	
Cognome e nome		
Codice Fiscale	data di nascita	luogo di nascita
Indirizzo di residenza	Comune	
sottoscritto delegante l'ind del medesimo incarico do	carico oggetto di conferimento,	ad accettare in nome e per conto del fermo restando che la formalizzazione nente dal sottoscritto entro 24/48 ore
Si allega in copia valido do	cumento di riconoscimento del s	ottoscritto e del delegato.
luogo e data	firma (Leggibile e per esteso)	