

MODULO DI DELEGA

Il/la Sottoscritto/a _____
Cognome e Nome

<i>Codice Fiscale</i>	<i>data nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>
-----------------------	---------------------	-------------------------

<i>Indirizzo di residenza</i>	<i>Comune</i>
-------------------------------	---------------

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

<i>Codice Fiscale</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>
-----------------------	------------------------	-------------------------

<i>Indirizzo di residenza</i>	<i>Comune</i>
-------------------------------	---------------

A presenziare alla convocazione **giovedì 31 Agosto 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.

<i>luogo e data</i>	<i>firma (Leggibile e per esteso)</i>
---------------------	---------------------------------------