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 **Venerdì 10 Maggio 2024** 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)*