

## 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 **Mercoledì 26 Giugno 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)*