

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 Febbraio 2025** 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)*