

## 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 21 marzo 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)*