

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 di Azienda valide per l'anno 2025 per il conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione di Assistenza Primaria ad attività oraria, incarichi provvisori per il servizio presso Case Circondariali/Istituti Penitenziari e Guardia Medica Turistica nell'ASP di AGRIGENTO

DELEGA

Cognome e nome

Codice Fiscale	data di nascita	luogo di nascita
----------------	-----------------	------------------

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

A presenziare alla convocazione **MARTEDI' 10 Giugno 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) _____