

## 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*

A presenziare alla convocazione **MARTEDÌ' 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)* \_\_\_\_\_