

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 **martedì 21 ottobre 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)* _____