

MODULO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome e Nome del Delegante

Codice fiscale *data di nascita* *luogo di nascita* *Prov. di nascita*

indirizzo di residenza *Comune* *Prov*

telefono *e-mail*

PEC Posta Elettronica Certificata (obbligatorio per comunicazioni con le Pubbliche Amministrazioni)

per il conferimento di incarico provvisorio a tempo determinato per la Continuità Assistenziale o per il servizio presso Case Circondariali/Reclusione nell'ASP TRAPANI
DELEGA

Cognome e Nome del Delegato

Codice fiscale *data di nascita* *luogo di nascita* *Prov. di nascita*

indirizzo di residenza *Comune* *Prov*

telefono *e-mail*

a presenziare alla convocazione **giovedì 8 giugno 2023** 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.

Si allega in copia valido documento di riconoscimento del sottoscritto e del delegato.

luogo e data *firma (Leggibile e per esteso del delegante)*