

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)