**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 15 febbraio 2024** 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)*