

MODULO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome e Nome

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 degli incarichi di Guardia Medica Turistica nell'ASP TRAPANI
DELEGA

Cognome e Nome

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

indirizzo di residenza Comune Prov

a presenziare alla convocazione che avrà luogo il giorno **martedì 11 luglio 2023.**

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

luogo e data firma (Leggibile e per esteso)