**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)*

medico titolare di incarico a tempo indeterminato e/o determinato per la Continuità Assistenziale e/o medicodi ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta

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 **venerdì 24 novembre 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)*