**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 di Assistenza Primaria presso l'ambito territoriale di MARETTIMO, Distretto Sanitario di Trapani, rivolto ai medici inseriti nella Graduatoria Aziendale anno 2023 settore Assistenza Primaria

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 **martedì 28 marzo 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)*