

## 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  
**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 04 luglio 2023** e ad accettare in nome e per conto del sottoscritto delegante l'incarico oggetto di conferimento straordinario, 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)*