

MODULO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome e Nome del Delegante

_____	_____	_____	_____
<i>Codice fiscale</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>Prov. di nascita</i>

_____	_____	_____	_____
<i>indirizzo di residenza</i>	<i>Comune</i>	<i>Prov</i>	

_____	_____	_____	_____
<i>telefono</i>	<i>e-mail</i>		

<i>PEC Posta Elettronica Certificata (obbligatorio per comunicazioni con le Pubbliche Amministrazioni)</i>			

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

<i>Cognome e Nome del Delegato</i>			

_____	_____	_____	_____
<i>Codice fiscale</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>Prov. di nascita</i>

_____	_____	_____	_____
<i>indirizzo di residenza</i>	<i>Comune</i>	<i>Prov</i>	

_____	_____	_____	_____
<i>telefono</i>	<i>e-mail</i>		

a presenziare alla convocazione **mercoledì 9 ottobre 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.

_____	_____
<i>luogo e data</i>	<i>firma (Leggibile e per esteso del delegante)</i>