

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 per la Continuità Assistenziale o per il servizio presso Case Circondariali/Reclusione nell'ASP TRAPANI
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 **giovedì 10 luglio 2025** 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)